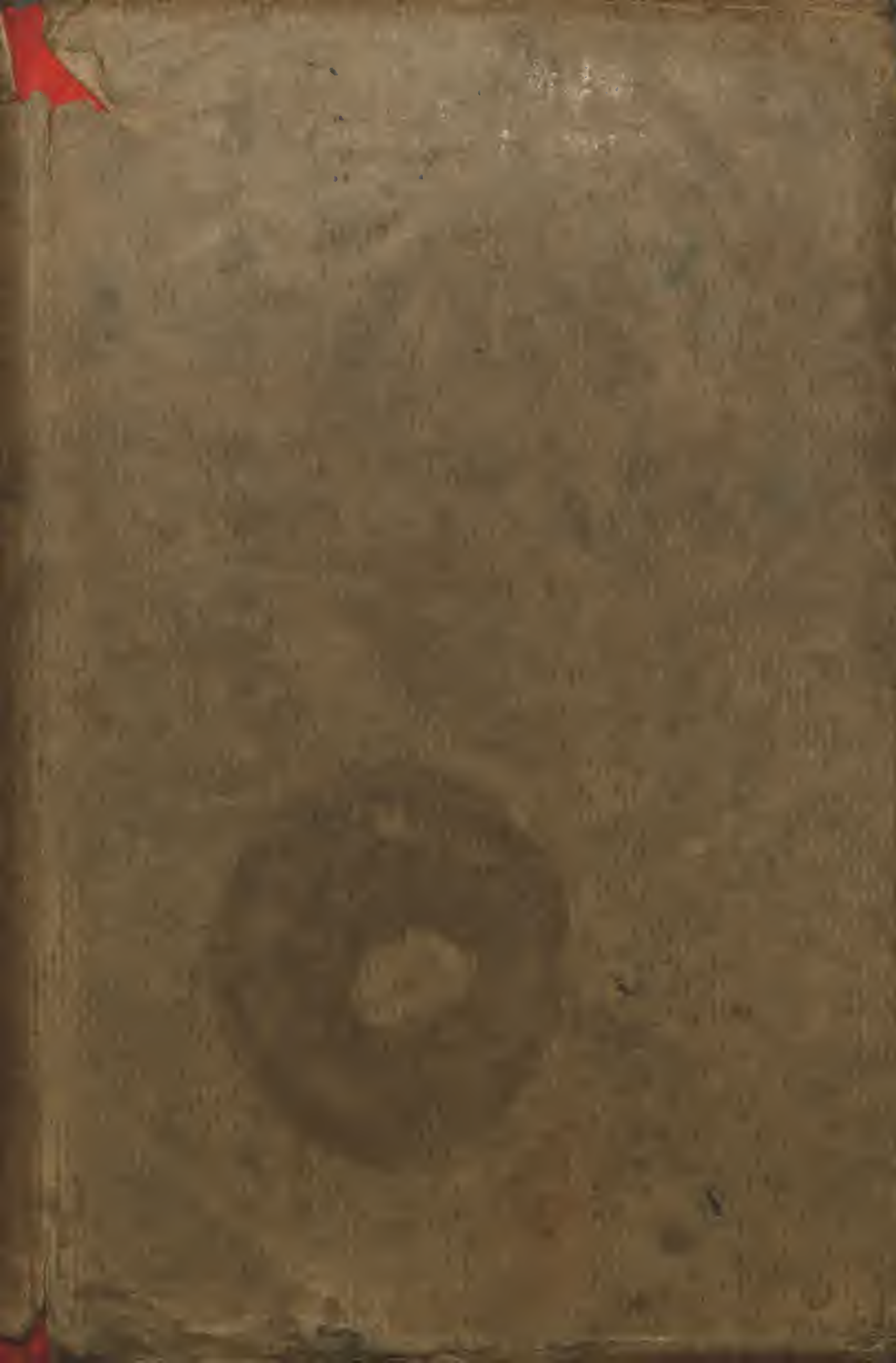


ໂຮງຮຽນແພດຊັ້ນກາງ : ວັນທີ 10 ເດືອນ 5 ປີ 1964

V.N.C.V.H.Q.S

ນາຍທອງ ວົງກາສີ



Lê văn Hồng 4I . 1

ĐẠI CƯƠNG GÃY XƯƠNG
=0=0=0=0=0=0=0=0=0=

I.- ĐỊNH NGHĨA :

Gãy xương là hiện tượng mất một phần hoặc toàn bộ sự nguyên vẹn của xương.

II.- NGUYÊN NHÂN :

Một xương lành gãy là do 1 lực sang chấn mạnh - Một xương yếu chỉ cần một lực sang chấn nhẹ cũng bị gãy, ví dụ xương người già hay bị thưa - Một xương bệnh lý có thể tự nhiên gãy.

A/ NGUYÊN NHÂN TRỰC TIẾP.

+ Một lực đánh vào
+ Một vật đè lên chi thể v.v...

Nếu lực sang chấn mạnh có thể gây nhiều mảnh và giập nát nhiều phần mềm.

B/ NGUYÊN NHÂN GIÁN TIẾP :

- Lối kéo mạnh : thường dật đứt lồi xương.
- Đè ép : thường gây gãy lún xương xốp.
- Gập mạnh chi
- Xoắn vặn chi = gãy gẫy chéo hoặc xoắn.

III.- PHÂN LOẠI GÃY XƯƠNG : Có nhiều loại gãy xương.

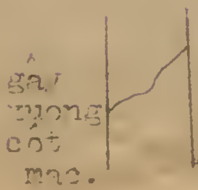
1/ Nếu gãy do chấn thương gọi là gãy xương chấn thương
2/ Nếu gãy xương do bệnh lý gọi là gãy xương bệnh lý
3/ Nếu da co bị rách này gọi là gãy xương hở, nếu da không bị tổn thương gọi là gãy xương kín.
4/ Nếu gãy ở đầu xương gọi là gãy đầu xương,
5/ Nếu gãy ở thân xương gọi là gãy thân xương.

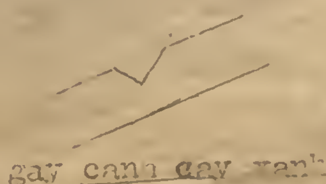
IV.- GIẢI PHẪU BỆNH LÝ CỦA GÃY XƯƠNG.

Căn cứ vào mức độ tổn thương, ta chia làm 2 loại :

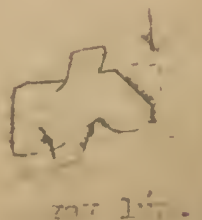
A/ GÃY KHÔNG HOÀN TOÀN.

+ Gãy dưới cốt mạc.
+ Gãy cành cây xanh
+ Rạn xương
+ Gãy lún









2

III/ [illegible] :

1/ Đường [illegible] : có thể .

+ Gãy ngang
+ Gãy chéo
+ Gãy xoắn
+ Gãy vụn .

2/ Di lệch của các đoạn gãy : Có 4 kiểu di lệch như sau :

+ Chồng lên nhau .
+ Di lệch sang bên
+ Xoay theo trục .
+ 2 đoạn gãy tạo thành góc .

3/ Tổn thương phần mềm và các bộ phận lân cận.

- Cơ xung quanh ổ gãy bị rập nát.
- Mạch máu có thể bị đứt hoặc bị đè ép
- Thần kinh có thể bị tổn thương
- Da có thể bị mảnh xương nhọn chọc thủng
- Khớp lân cận có thể bị tràn dịch, tràn huyết.

Vậy trước một gãy xương cần khám kỹ mạch máu, thần kinh và tổn thương phối hợp [illegible] .

IV.- TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG :

A/ TRIỆU CHỨNG [illegible] .

1/ Đau rất nhiều ở ổ gãy, nhất là khi ấn trực tiếp vào ổ gãy .
2/ Chi không cử động được .
3/ Biến dạng của chi gãy (chi ngắn - lệch vẹo chi..)
4/ Cử động bất thường tại ổ gãy và có tiếng lạo xạo xương .
5/ Vết tím bầm ở chỗ gãy .

B/ TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN .

1/ Có thể [illegible] choáng, nhất là gãy xương lớn .
2/ Mất máu
3/ Sốt nhẹ sau 24 giờ .

V.- [illegible] .

A/ MỤC ĐÍCH .

1/ Cứu sống tính mạng bệnh nhân
2/ Rút ngắn thời gian liền xương trong điều kiện có thể .
3/ Trả lại cơ năng của chi thể cho lao động.

- Lien xuong vung chac
- Lien xuong trong tu the dung truc
- Cac to chuc xung quanh hoi phuc hoan toan.

B/ NGUYEN TAC DIEU TRI : Nan chinh - co dinh - van dong.

1/ Nan chinh .

a) Bang phuong phap bao ton .

- Nan cang som cang tot
- Mot gay xuong da tren 2 tuan khong nen nan nua .
- Nan phai duoc vo cam tot .
  + Chong dau .
  + Chong co co .

- Co the nan bang tay doi voi xuong nho, di lech it - Nhung voi gay xuong lon, di lech nhieu phai nan bang cac he thong ban hoac khung nan chinh .

- Nan phai nhe nhang tu tu, nguoc lai voi co che di lech - Thuong phai dung hinh thuc nan chinh qua muc .

- Co khi phai dung phuong phap keo lien tuc.

b) Bang phuong phap mo .

Neu nan bao ton khong duoc, phai mo: co the mo nan chinh truc tiep, roi bo bot, hoac nan roi ket xuong .

2/ Co dinh .

a) Bang cac loai nep : truong hop chi de co dinh tam thoi .

b) Bang bo bot .

- Phai co dinh ca khop tren va khop duoi doi voi o gay, nhung co truong hop gay dau xuong, khong can co dinh ca hai khop .

- Phai chat nhung khong chat qua gay thieu mau tai cho .

- Phai don bong o nhung cho xuong do de chong loet .

- Trong nhieu truong hop phai co dinh chi the trong tu the co nang .

- Doi voi benh nhan noi tru thuong lam bot kin voi benh nhan ngoai tru phai lam bot xe .

- Phai theo roi roi loan tuan hoan tai cho 24 gio ke tu sau khi bo bot .

- Ngay sau khi lam bot cho benh nhan tap len gan cac co trong bot .

c) Bang ket xuong .

Muc dich cua ket xuong .

- Nan chinh va co dinh 2 dau gay chac de van dong som, chong duoc bien chung toan than do nam lau, tao dieu kien tot cho xuong chong lien, va khong teo, kho cung khop.

Trong điều kiện có thể, tạo cuộc sức ép theo trục xương nằm trong, khi kết xương, thì việc liền xương chóng hơn.

& Các loại kết xương thường dùng .

+ Buộc vòng quanh .
+ Bắt vis
+ Nẹp + vis
+ Nẹp Danis
+ Đóng đinh nội tủy
+ Nẹp Cli-mop .

& Nguyên tắc kết xương .

+ Thuộc loại vô trùng .
+ Chọn gây dập nát tổ chức xung quanh ổ gãy nhiều .
+ Chỉ dùng kim loại không di và trung tính .
+ Sau khi kết xương, nếu thấy chắc thì không cần bó bột mà cho vận động sớm nếu còn chưa chắc lắm thì cần tăng cường cố định bằng bột.

3/ Vận động :

- Lên gân cơ và vận động khớp không cố định ngay từ ngày thứ nhất trở đi .

- Co gân cơ chính và cố định tốt, cho đi nếu cho tì lên chi gãy sớm để gây một sức ép theo trục xương .

- Khi bỏ bột cho bệnh nhân tập vận động chủ động tăng khó từ thấp đến cao. Không được dùng biện pháp thụ động thô bạo .

- Vận động liệu pháp cần đi đôi với lý liệu pháp .

+

+ +

GÃY XƯƠNG ĐÒN

Là loại gãy xương thường gặp - Vì xương đòn hình chữ S tương đối mỏng manh .

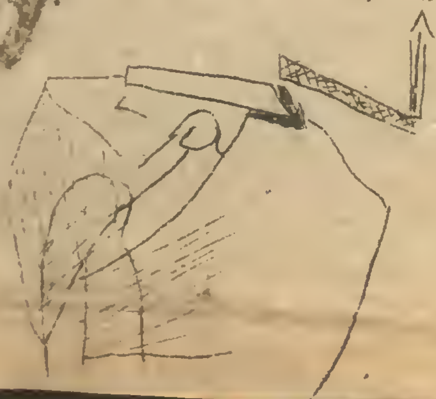
I.- NGUYÊN NHÂN, CƠ CHẾ .

Chấn thương trực tiếp: thường gây gãy hở .

Chấn thương gián tiếp: ngã đập vai xuống đất, làm cho độ cong của xương tăng quá mức và gãy.

II.- DI LỆCH CỦA 2 ĐẦU GÃY .

Đoạn trong bị cơ ức đòn chũm kéo lên . Đoạn ngoài bị cơ delta, cơ ngực và sức nặng của chi kéo xuống, ra đằng trước và vào trong .



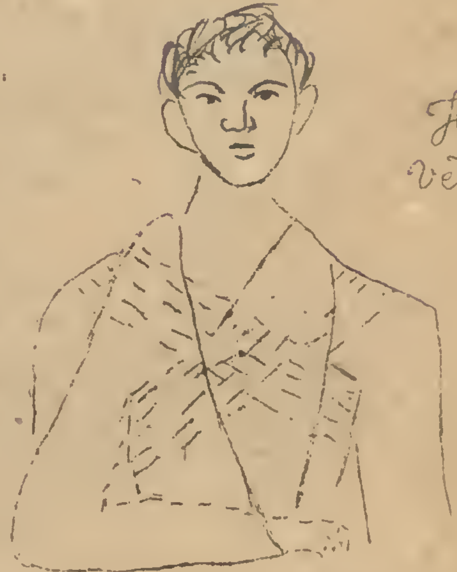
III.- TRIỆU CHỨNG.

- Vùng xương đòn gãy bị sưng .
- Dấu ổ gãy .
- Vai bên bị gẫy thấp xuống . Tay lành nâng lấy khuỷu tay bên bị .
- Vai bên bị ngắn hơn bên lành (Dc) .

IV. ĐIỀU TRỊ .

A/ GÃY KHÔNG DI LỆCH .

Không cần nắn , chỉ cần cố định bằng băng số 8 kết hợp với đeo vai quàng chỉ phía bên bị (hình s vẽ 2).



Hình vẽ 2.

B/ GÃY CÓ DI LỆCH .

1/ Điều trị bảo tồn:

a) Nắn chỉnh để: đưa vai lên trên, ra sau và ra ngoài.

b) Cố định rất khó : Nhiều phương pháp, nhưng chúng ta hãy dùng là băng số 8 kết hợp với nẹp Tit ba (ti-to-va) .





Thời gian cố định, 15 ngày - 3 tuần, sau đó cho tập vận động chủ động khớp vai :

+ Đưa vai ra sau .
+ Đưa vai ra ngoài .
+ Đưa vai lên trên .

Nhưng không được đưa vai ra trước .

2/ Điều trị phẫu thuật :

Khi di lệch chồng lên nhau quá lâm nắn không được khi 2 đầu gãy đe dọa bó mạch thần kinh dưới đòn và dính - khớp .

[illegible]. Đại cương gãy xương.

Phương pháp kết xương :

- Buộc vòng quanh : gãy chéo, xoắn ;

- Đinh xuyên nội tủy : gãy ngang .

Lê văn Hây AI

GAY CO GIAI PHAU XUONG CANH TAY

=O=O=O=O=O=O=O=O=O=O=

La loai gay phan khop, tuy vay ve phuong dien lien xuong de nhung, ve phuong dien co nang hay de lai bien chung viem quanh khop vai, nhat la doi voi nguoi gia.

NGUYEN NHAN :

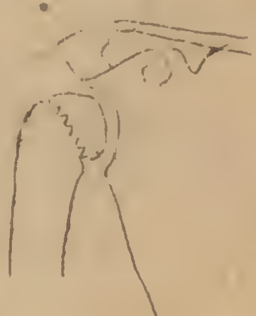
Hay gap o nguoi gia vi thua xuong nguoi gia (osteoporose-senile). thuong [illegible] co xuong .

Di lech : Thuong it co khi co cam gan .

TRIEU CHUNG :

Dau o khop vai
An vao dinh nau co diem dau choi
Mat luc van dong khop vai
Nen benh nhan den muon
Sung ca vung vai, co khi co
[illegible] vet tim bam lan rong:
vet tim bam [illegible] (xem gay co phau thuat).

Can thiet phai co Xquang de chan doan quyet dinh .





DIEU TRI.

Phong be Novocain

1/ Gay khong di lech hoac co cam gan.

Deo vai quang 15 ngay den 3 tuan roi cho tap van dong chu dong, khop vai co the dung bang Desault .

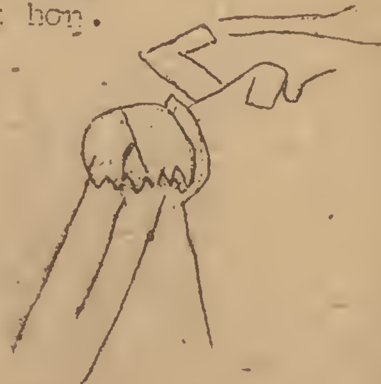
2/ Gay co di lech :
Nan rat kho-
Di lech it : khong can toan, xu tri nhu gay khong di lech.
Di lech nhieu.
Mo nan chinh roi dat nep dang-hoac mo lay bo chom-
Doi voi nguoi gia qua, chi can phong be Novocain , het dau cho tap van dong ngay .

GẪY CỔ PHẪU THUẬT XƯƠNG CÁNH TAY

-o-o-o-o-o-o-

Thường gặp. Chia làm 2 loại:

- Gẫy có cắm gắn: gặp nhiều hơn.
- Gẫy không có cắm gắn: ít hơn.



I. GẪY CÓ CẮM GẮN. Có 2 thể:

A/ Gẫy thể dạng:

- Đầu trên khép.
- Đoạn dưới dạng.

Hai đoạn tạo thành một góc mở ra ngoài.

Triệu chứng:

- Triệu chứng gẫy xương.
- Cánh tay dạng (humerus valgus).
- Vết tím bầm rộng.

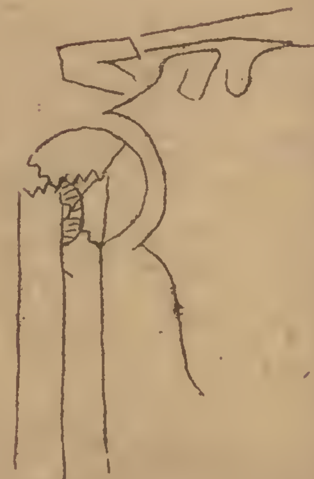
Nắn: Kéo cánh tay xuống theo trục trong tư thế cánh tay để khép.

Cố định bột trong tư thế cánh tay để sát vào thân, 3 tuần cho tập vận động chủ - động khớp vai.

B/ Gẫy thể khép:

- Đầu trên dạng.
- Đoạn dưới khép.

Hai đoạn tạo thành góc mở vào trong.



Triệu chứng:

- Triệu chứng gẫy xương cánh tay khép (humerus varus).
- Vết tím bầm rộng.

Nắn: Kéo cánh tay xuống theo trục xương, trong tư thế cánh tay dạng.

Cố định trong tư thế cánh tay dạng và hơi đưa tay ra đằng trước.

II. GẪY KHÔNG CẮM GẮN.

Di lệch:

- Đoạn trên: bị kéo ra ngoài (cơ trên gai).
- ...

- Đoạn dưới : bị kéo lên trên và vào trong.
(cơ ngực to.
cơ quạ cánh tay).



Triệu chứng :

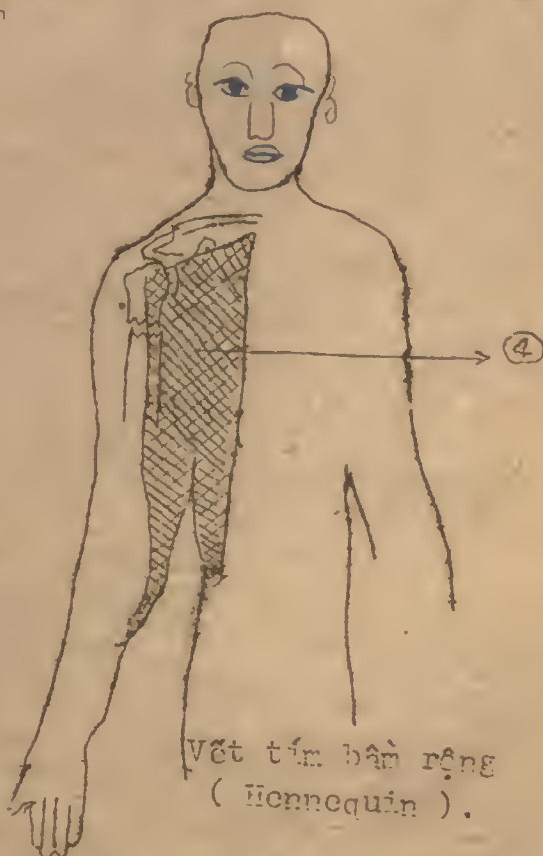
- Cánh tay ngắn lại (1)
- Nhát rìu phía ngoài (2)
- Cánh tay dạng ít và vẫn có thể khép thụ động được (3).
- Bất lực vận động hoàn toàn cánh tay.
- Vết tím bầm Hennequin (4).

Nắn. 3 thì :

1. Kéo cánh tay xuống (để giải thoát chồng lên nhau).
2. Kéo cánh tay ra ngoài (để sửa lại di lệch vào trong).
3. Dạng cánh tay để khớp với đầu trên.
4. Làm bột ngực cánh tay (thoraco-brachial).

Bất động trong 1 tháng - 5 tuần.

Sau đó, tập vận động chủ động khớp vai.



Vết tím bầm rộng (Hennequin).

CÁC THỦ NẮN GẪY CỔ PHẪU THUẬT XƯƠNG CÁNH TAY



① Kéo cánh tay xuống



② Kéo cánh tay ra ngoài



③ Dựng cánh tay và nắn đầu về phía trước



④ Bột ngực cánh tay.

PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG





GẪY THÂN XƯƠNG CÁNH TAY

-o-o-o-o-o-

Thường gặp :

Cần chú ý hai biến chứng: Liệt giây quay. Khớp giả.

Nguyên nhân :

Chấn thương trực tiếp.

Ngã chống cẳng tay.

Di lệch :





Triệu chứng :

- Triệu chứng gẫy xương.

Cần khám triệu chứng liệt giây quay:

- Không ruỗi được cổ tay — bàn tay cổ cò.
- Không ruỗi được các ngón tay.
- Không dạng được ngón cái.

Điều trị :

Nắn : Kéo cánh tay xuống để chống chồng lên nhau rồi tùy theo di lệch của đoạn dưới đối với đoạn trên mà đưa đoạn dưới ra ngoài, vào trong, dạng hoặc khép để khớp với đoạn trên.

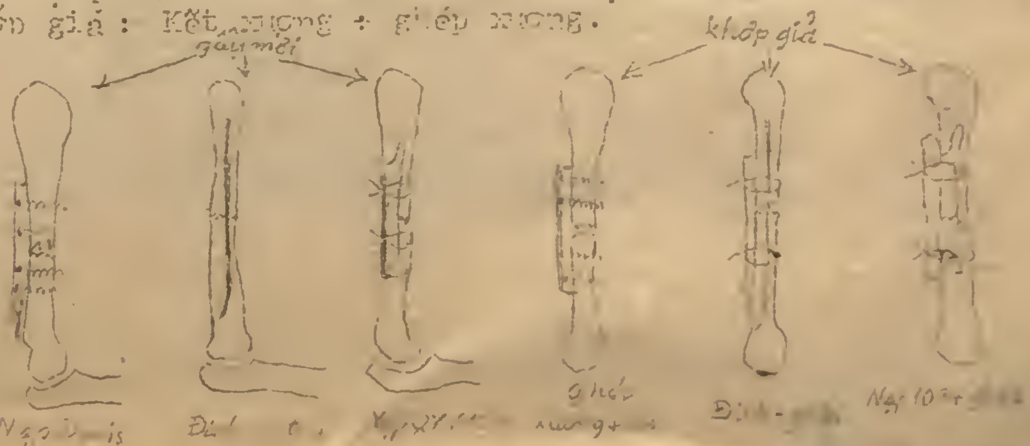
Bất động :

- Nếu đầu trên dạng : Làm bột dạng (ngực cánh tay)
- Nếu đầu trên khép : Làm bột khép vào người.

Thời gian bất động : Từ 2 tháng đến 2 tháng rưỡi.

Mổ :

1. Nắn không được : Nắn chỉnh + kết xương.
2. Có liệt thần kinh quay: Mổ nối hoặc chuyển chỗ + kết xương.
3. Khớp giả : Kết xương + ghép xương.



-12-

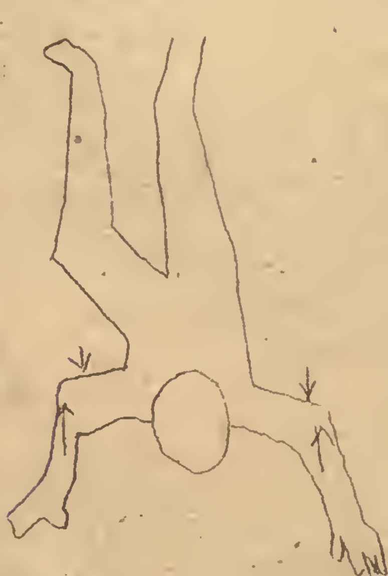
GẪY TRÊN LỒI CẦU XƯƠNG CÁNH TAY
-o-o-o-o-o-o-

Thường gặp :

Cần đề phòng hội chứng Volkmann (mặc dầu Việt-Nam ta rất hiếm), viền lệch vẹo, cốt hoá cơ cánh tay trước, và quanh khớp.

Nguyên nhân, cơ chế :

1. Ngã chống bàn tay: Gẫy thể ưỡn : Hay gặp.
2. Ngã đập vào khuỷu: Gẫy thể gập : Hiếm.







Gẫy thể ưỡn
(fracture par hyperextension)



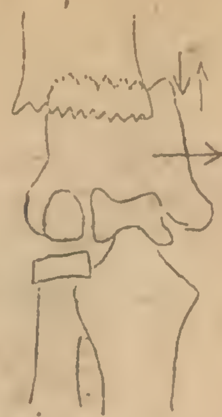
Gẫy thể gập
(fracture par hyperflexion)

Di lệch của đoạn gẫy.

1. Chồng lên nhau.
2. Gẫy góc.
3. Đoạn dưới bị đưa ra sau và sang bên.



Đoạn dưới bị đưa ra sau và uốn ra trước do khối cơ trên ròng rọc và cơ tam đầu.



Chồng lên nhau: Đoạn dưới đi lệch sang bên.

Triệu chứng : (Gẫy thể uốn : hay gặp).

1. Đau, sưng vòng quanh 1/3 dưới xương cánh tay, trên khuỷu.
2. Hõm phía sau 1/3 dưới cánh tay.
3. Lồi của đoạn trên phía trên nếp khuỷu.
4. Bất lực vận động khớp khuỷu, nhưng cử động thụ động vẫn làm được, nhất là khi đã phong bế vào ổ gẫy.

Nếu khám muộn, nề sưng cả khớp khuỷu.

Dự phòng biến chứng :

1/ Hội chứng Volkmann (ở ta rất ít gặp).

Đó là sự co rút khối cơ gấp cẳng tay và các ngón tay co gấp hình móng chim.

Nguyên nhân : Mạch máu cánh tay bị đè, gây thiếu máu cục bộ phía dưới.

Dự phòng :

- Bất động khớp khuỷu, không gấp quá 90°.
- Bột không chặt quá. Nên làm bột rạch. Sau khi bó bột, theo rõi mạch ở dưới, theo rõi trạng thái nề phù, đau đớn và tím lạnh ở các ngón tay để tháo bột kịp thời.

2/ Liền lệch vẹo : (vì cố định khó).

Sợ nhất là di lệch theo hình nghiêng (profil); ở đó khi nắn, chú ý nắn chỉnh theo hình nghiêng thật đúng.





14

3/ Cốt hoá cơ cánh tay trước.

Cơ cánh tay trước bị rách; trong gẫy xương, rất dễ bị lắng đọng chất vôi và cốt hoá, càng dễ bị hơn nếu xoa bóp, hoặc dằng dật mạnh khi nắn.

Nếu cốt hoá, mới phát triển :

- X quang liệu pháp.
- Hydrocortisôn tại chỗ.

4/ Cốt hoá quanh khớp khuỷu.

Nhất là xoa bóp và dằng dật mạnh trong khi nắn. Nếu không điều trị sớm, thường có thể đưa đến cứng khớp khuỷu.

Điều trị :

1. Gẫy không di lệch :

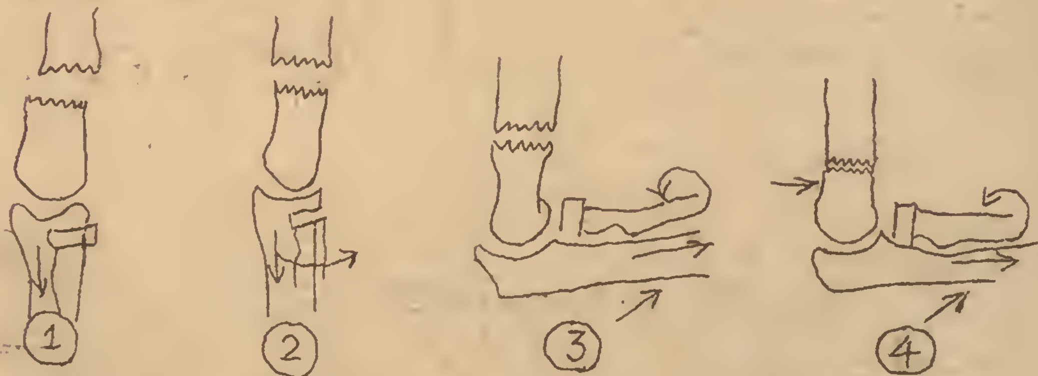
- Bó bột cánh tay cổ tay: từ 15 hôm đến 3 tuần.
- Bó bột cho tập vận động chủ động khớp khuỷu.

2. Gẫy có di lệch :

a) Gẫy thể ưỡn :

Phong bế: 20 - 30 cc Novocain 1% vào ổ gẫy. Phong bế thêm 2 điểm sát xương 1/3 giữa cánh tay.

Các thì nắn :



(1) Kéo xuống để giải thoát chồng lên nhau.
(2) Sấp (hoặc ngửa) cẳng tay để chống di lệch sang bên.
(3) Gập khuỷu để chống với ưỡn ra sau của đoạn dưới.
(4) Ấn vào đầu dưới để nắn chỉnh được hoàn toàn.

Cố định rất khó : - Chặt quá dễ bị Volkmann.
- Lỏng quá, dễ di lệch thứ phát, nhất là khi sưng nề rút đi.

Bột xẻ hoặc nẹp bột sâu cánh tay bàn tay trong tư thế khuỷu gập 90° hoặc 100°.

3 tuần sau, chụp X quang, cho tập vận động.

Sau khi bị bật khớp khuỷu, thường bị hạn chế cử động, phải chịu khó tập vận động chủ động; với trẻ con, nên dùng các trò chơi để giúp trẻ luyện tập. Không được dùng các phương pháp thụ động thô bạo.

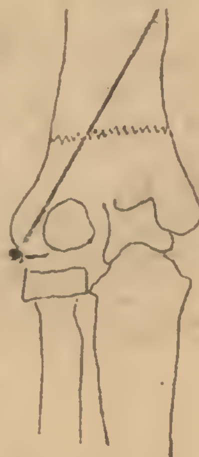
b) Gẫy thể gấp :

- Nắn : kéo thẳng tay theo trục.
- Cố định : cũng trong tư thế khuỷu duỗi thẳng.

Điều trị phẫu thuật

Ít dùng. Chỉ khi nắn bảo tồn không được.





Bắt vis chếch

Đóng I đoạn đinh chếch

SAI KHỚP KHUỶU

Thường gặp : - Nắn kịp thời và đúng, cơ năng khớp sẽ tốt. Nắn muộn và không đúng, dễ bị cốt hoá quanh khớp, dễ đưa đến cứng khớp. Loại phổ biến : sai khớp ra sau.

Nguyên nhân :

- Thường do ngã chống bàn tay.
- Có khi do chấn thương mạnh vào mặt sau cánh tay hoặc mặt trước hai xương cẳng tay.

Phân loại.

1/ Sai khớp ra sau (hay gặp nhất).
2/ ...

2/ Sai khớp ra ngoài và vào trong : thường kết hợp với sai khớp ra sau.

3/ Sai khớp ra trước : rất hiếm.



Sai khớp ra sau



Sai khớp ra ngoài và ra sau

Triệu chứng (Sai khớp ra sau) :

1. Không thể gập được cẳng tay vào cánh tay.
2. Mỏm khuỷu lồi ra sau.
3. Mất đường Hueter và tam giác Hueter lộn ngược.
4. Rất đau ở khuỷu tay.
5. Cử động sang 2 bên dễ dàng.



Đường Hueter



Tam giác Hueter



Tam giác Hueter lộn ngược.

Nắn sai khớp khuỷu ra sau :

- Nắn sớm. Không dằng dật mạnh trong khi nắn.
- Phong bế Novocain 1% : 20 - 30 cc vào ổ khớp.

Nhiều phương pháp nắn :

1/ Phương pháp ấn trực tiếp vào mỏm khuỷu kết hợp với kéo cẳng tay theo trục.



2/ Phương pháp dùng đầu gối (cẩn thận).



3/ Kéo căng tay theo trục trong tư thế cẳng tay gập kết hợp với I nhân kéo phía trên khuỷu: (BÖHLER).



Sau khi nắn :

- Bất động khớp khuỷu trong nẹp bột, khuỷu gập 90°.
- Bất động trong I tuần lễ, sau đó tập vận động chủ động khớp khuỷu. Không vận động thụ động thô bạo.

--- oo ---

4-4-1963

GẪY MONTEGGIA

Gẫy xương trụ kết hợp trật chỏm xương quay ra ngoài hoặc vào trong.

Nguyên nhân cơ chế:

- Chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp làm gẫy xương trụ. Di lệch của xương trụ làm bật chỏm xương quay ra ngoài hoặc vào trong.

Phân loại: 2 loại:

1/ Gẫy Monteggia thể ưỡn (thường gặp) (1)
2/ Gẫy Monteggia thể gấp (ít gặp) (2).



Xử trí:

Thường phải mổ cấp cứu. Mổ càng sớm càng tốt; vì nếu để lâu bao khớp và dây chằng trụ quay thành sẹo thì không thể nào nắn chỏm xương quay về vị trí cũ được.

Nguyên tắc: Chỉ cần nắn chỉnh và cố định tốt xương trụ thì chỏm xương quay sẽ trở về vị trí của nó.

1/ Gẫy mới:

- Đóng đinh ngược chiều xương trụ.
- Hoặc đóng nẹp QYViện 103 cho xương trụ sau khi đóng xong thì thường chỏm xương quay tự nó trở về vị trí cũ; nếu chưa thì nắn nhẹ trực tiếp chỏm xương quay.



2/ Gẫy cũ:

- Đóng đinh hoặc nẹp Cơ-li-mốp (КЛИМОВ) xương trụ + ghép xương cắt bỏ chỏm xương quay.



GẪY 2 XƯƠNG CẲNG TAY

I/ ĐẠI CƯƠNG.

- Loại gẫy này rất hay gặp, đứng hàng thứ 2 sau gẫy Colles.
- Loại gẫy này trong phạm vi màng liên cốt.
- Thường gẫy dưới lồi củ nhị đầu khoảng 2 phân trở lên hoặc là trên nếp gấp khuỷu từ 4 - 5 phân.
- Về điều trị có những đặc điểm như sau:
  + Chậm liền xương (vì cấu trúc xương cứng, sự nuôi dưỡng 2 đầu xương kém, diện gẫy nhỏ (chỗ tiếp xúc 2 đầu gẫy bé).
  + Nắn chỉnh khó, dễ bị di lệch thứ phát sau khi nắn chỉnh.
  + Điều trị không tốt sau này ảnh hưởng (hạn chế) đến chức phận của chi, nhất là động tác sấp ngửa cẳng tay.

II/ NGUYÊN NHÂN CƠ CHẾ.

1/ Nguyên nhân trực tiếp:

Như ngã cẳng tay đập phải cạnh bàn. Bị người khác đánh vào cẳng tay ...

Cơ chế thường đường gẫy xương ngang nhau, và gẫy ngay ở chỗ bị va chạm.

2/ Nguyên nhân gián tiếp:

Thường gặp hơn. Như bị ngã chống tay, làm cho xương bẻ cong quá sức chịu đựng được.

Hay thấy xương quay gẫy khoảng 1/3 trên trên và xương trụ gẫy 1/3 dưới.

III. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ.

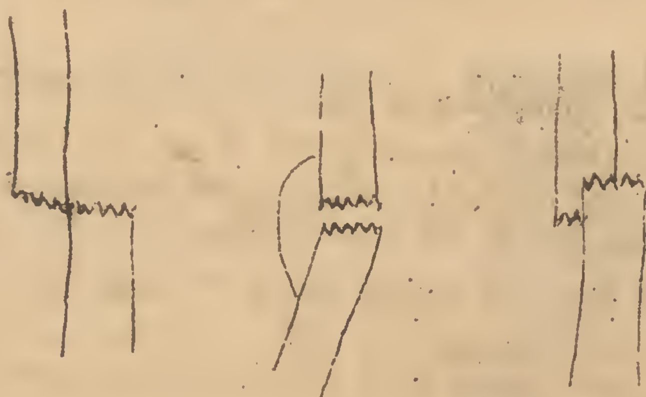
1- Vị trí gẫy:

- Có thể gẫy I xương (như gẫy I xương trụ hoặc I xương quay) Nếu gẫy I xương có di lệch nhiều (như xương trụ), cần chú ý triệu chứng sai chỏm quay. (Kiểu gẫy Monteggia).
- Có thể gẫy 2 xương:
  + Cơ chế trực tiếp thường gẫy ngang nhau giữa 2 xương.
  + Cơ chế gián tiếp: đường gẫy xương quay ở 1/3 trên, xương trụ gẫy ở 1/3 dưới.

2- Di lệch: Thường rất phức tạp, do cẳng tay có nhiều cơ bám.

- Có thể di lệch như sau:
  + Theo chiều ngang hoặc di lệch trước sau (décalage)
  + Di lệch gập góc (angulation).

+ Di lệch theo chiều dài hoặc chồng lên nhau (chevauchement)
+ Xoay tròn theo trục xương (rotation)



Có những di lệch đáng chú ý nhất có liên quan trong việc điều trị :



+ Nếu gẫy 1/3 trên (hay là gẫy trên cơ sấp tròn) xương quay đoạn gẫy trên thường là ngửa tối đa. Ngược lại, đoạn dưới xương quay thì sấp tối đa.

- Ngửa do cơ ngửa ngắn và cơ nhị đầu kéo (hình 1).
- Sấp do cơ sấp tròn và cơ sấp vuông kéo.

Do đó, việc điều trị bảo tồn rất khó khăn.

+ Nếu gẫy 1/3 giữa hay dưới (hoặc gẫy dưới chỗ bám cơ sấp tròn). Di lệch có ít hơn vừa có di lệch sấp một ít, vừa có di lệch ngửa một ít, việc điều trị bảo tồn có dễ dàng hơn

+ Có trường hợp gẫy 1/3 dưới cũng có di lệch xoay theo trục xương vì cơ sấp vuông kéo đoạn dưới màng liên cốt cổ hẹp lại (khoảng cách giữa 2 xương ngắn lại)

IV. TRIỆU CHỨNG.

- Bất lực vận động hoàn toàn nhất là động tác sấp ngửa
- Điểm đau chói cố định (sờ trực tiếp đau ấn theo trục xương đau)
- Biến dạng cẳng tay, sưng nề bầm tím, cong queo,
- Sờ nắn có dấu hiệu va chạm lạo xạo ở 2 đầu gẫy.
- X quang chụp toàn bộ cẳng tay thẳng nghiêng

V. BIẾN CHỨNG.

- Chèn ép thần kinh và huyết quản do sưng nề lớn, ổ máu tụ lớn.
- Phần mềm chèn vào giữa đoạn gẫy, gây cản cho chỉnh hình và việc liền xương.
- Chậm liền xương và khớp giả.
- Liền xương ở tư thế lệch vẹo.
- Hội chứng Vollmann (do đè ép huyết quản thần kinh bởi sưng nề, máu tụ hoặc bó bột chặt quá gây đè ép việc lưu thông tuần hoàn, gây thiếu máu cục bộ).

VI. ĐIỀU TRỊ.

1- Cấp cứu :

Sơ chẩn.

Cố định tạm thời trên nẹp cramer (nẹp gỗ), tư thế gấp khuỷu 90° : nửa sấp, nửa ngửa, cố định từ 1/3 trên cánh tay đến bàn tay. Hoặc đeo băng kiểu écharpe.

Chuyển về tuyến sau điều trị.

2- Điều trị bảo tồn.

Nắn chỉnh sau khi gây tê tại chỗ Novocaine 1% 20 - 30 cc có soi X quang khi nắn chỉnh nếu có càng tốt. Sau khi nắn xong, bó bột kiểm tra lại kết quả nắn chỉnh.

Cách nắn chỉnh.

- Một người phụ I tay kéo ngón cái và I tay kéo các ngón 2, ngón 3, ngón 4 của bệnh nhân.
- Một người phụ 2 kéo đầu dưới xương cánh tay đối lại. Kéo thẳng để chữa di lệch chồng lên nhau, rồi người nắn chỉnh chỉnh lại di lệch sang ngang và chữa xoay theo trục (bằng cách nắn phụ thêm sức kéo ở 2 bờ xương trụ quay). Sau khi kiểm tra các bờ xương quay trụ nhẵn đều thì bó bột khuỷu gấp 90° làm bột từ 1/3 trên cánh tay đến bàn tay. Để bàn tay tư thế ngửa.

Theo BÖHLER, sau khi nắn có cho 2 thanh gỗ tròn đường kính từ 6 - 7 m/m. Đặt mặt trước và sau giữa 2 xương. Sau đó, bó bột ra ngoài. (Chú ý thanh gỗ phải có độn quấn gạc đệm cho khỏi rách da).

- Sau khi bó bột, cần theo dõi đề phòng hội chứng Volkmann.
- Thời gian để bột từ 6 - 8 tuần lễ (trẻ em), người lớn để từ 10 đến 12 tuần.

3- Điều trị phẫu thuật.

- Áp dụng cho :
  + Gẫy không vững (vát có mảnh vụn...) di lệch nhiều.
  + ...

+ Gẫy I xương kèm sai khớp bên xương lành.

+ Gẫy xương có chèn phần mềm vào giữa, hoặc nắn chỉnh hình không có kết quả

- Khi mổ, có thể kết xương bằng các dụng cụ sau:
  + Đóng đanh БОРДАНОВ (Bót-đa-nốp) vào nội tủy.
  + Bắt nẹp có xoắn vis kim khí.
  + Đặt nẹp КЛИМОВ (Cơ-li-mốp) sau khi xẻ xương.
  + Buột vòng (nếu gẫy vát).

- Sau khi mổ, kết xương cũng cần cố định cho đến xương liền. Sau khi liền xương, phải tiếp tục điều trị lý liệu pháp, xoa bóp, vận động chi (nhất là gấp duỗi khớp khuỷu và sấp ngửa cẳng tay, chống hồi phục lại chức phận cơ năng chi).

7/I/64

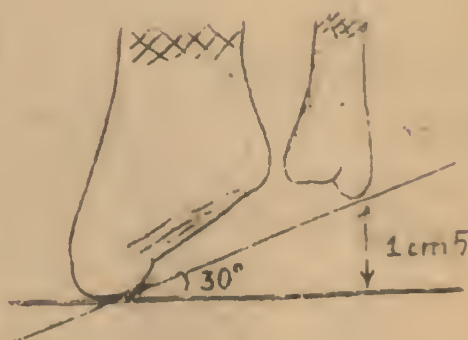
GẪY COLLES

I. ĐỊNH NGHĨA.

- Loại gẫy đầu dưới xương quay. Đường gẫy cách 1cm5 - 2cm5 trên khớp cổ tay, tức là chỗ nối tiếp giữa phần xương đặc và phần xương xốp.

- Gẫy dưới chỗ bám của cơ sấp vuông.

- Có loại cũng gẫy đầu dưới xương quay, nhưng khác là đoạn gẫy dưới di-lệch ra trước. Còn gọi là kiểu gẫy Goyrand.



II. NGUYÊN NHÂN CƠ CHẾ.

- Trực tiếp: Do va chạm dập vào tại chỗ cổ tay phía quay (ít gặp).
- Gián tiếp: + Ngã chống tay (bàn tay).
  + Quay Manivelle (Retour Manivelle) do dây chằng dằng đứt.

III. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ.

1- Đường gẫy thường gẫy ngang trên khớp 1cm5 - 2cm5, thường gặp gẫy cao cũng có khi gẫy phạm vào khớp cổ tay.

2- Thương tổn phối hợp:
  + gẫy mỏm trâm trụ (ít gặp).
  + trật khớp trụ cổ tay nếu di lệch nhiều.
  + kèm theo có gẫy xương thuyền.

3- Di lệch:
  - Đoạn dưới thường trật ra sau (phía mu tay), nên gọi là hình gổ lưng dĩa.
  - Di lệch ra ngoài gọi là hình lưỡi lê (en baionnette). Nếu di lệch ngang nhiều, toang khớp quay trụ (diastasis radio-cubitale).
    Có khi bong cả mỏm trâm trụ (arrachement de la styloide cubitale).
  - Đầu dưới lên trên (hay mỏm trâm quay lên cao), còn gọi là dấu hiệu Langlu.

IV. TRIỆU CHỨNG.

1/ Nhìn thẳng cổ tay biến dạng hình lưỡi lê (Trục cẳng tay không rơi đúng ngón giữa bàn tay mà lệch ra ngón 4 hoặc 5, có khi còn ra ngoài nữa.

lồ giề

2/ Nhìn nghiêng cổ tay hình gọ lưng dĩa.

3/ Sờ nắn thấy mỏm trâm quay lên cao. Dấu hiệu Laugier.

4/ Điểm đau rất rõ ở đầu dưới xương quay, có khi nắn thấy tiếng lạo xạo xương.

5/ Chụp X quang: thẳng nghiêng tìm thương tổn phối hợp.



V. BIẾN CHỨNG.

1- Tổn thương dây thần kinh giữa và trụ.

2- Nếu phạm khớp thường gây biến dạng khớp, gây đau đớn kéo dài.

3- Nắn chỉnh không tốt thường để lại di chứng lệch vẹo.

4- Người già dễ bị cứng khớp cổ tay

VI. ĐIỀU TRỊ.

1. Phương pháp điều trị đơn giản, tuyến nhỏ cũng đều làm được. Chỉ cần nắn chỉnh sớm và cố định tốt (xem vở tranh ở lớp).

2- Thời gian cố định sau khi nắn chỉnh từ 3 -4 tuần lễ. Nếu có bột bó, cố định bằng nẹp bột cẳng tay, bàn tay.



Cách nắn chỉnh.

- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, cánh tay dạng ngang vai, cẳng tay gấp 90°. (để ra ngoài bàn nắn).

- Một người phụ nắn: I tay kéo ngón cái và I tay kéo ba ngón 2, ngón 3 và ngón 4 của bệnh nhân

- Một người phụ kéo đầu dưới xương cánh tay bệnh nhân, đối lại người kéo trên (2 người phụ kéo 3 phút từ nhẹ đến mạnh).
- Người nắn chính dùng 2 ngón tay cái, ấn đoạn gẫy dưới từ sau ra trước và dùng 2 ngón 2 của 2 bàn tay bẩy đoạn gẫy trên từ trước ra sau.
- Kiểm tra sau khi nắn nếu nhẫn thẳng trục, không có điểm nào gồ ghề chỗ gẫy (sang ngang hay trước sau không còn sai lệch).
- Cho cố định cẳng tay bàn tay, bất động từ 3 đến 4 tuần lễ. Sau đó, cho tập vận động gấp duỗi cổ tay và các ngón tay (nếu có bột thì bó nẹp bột, không có bột bó thì cố định nẹp gỗ băng quấn chặt đảm bảo cũng áp dụng được).

Chú ý :

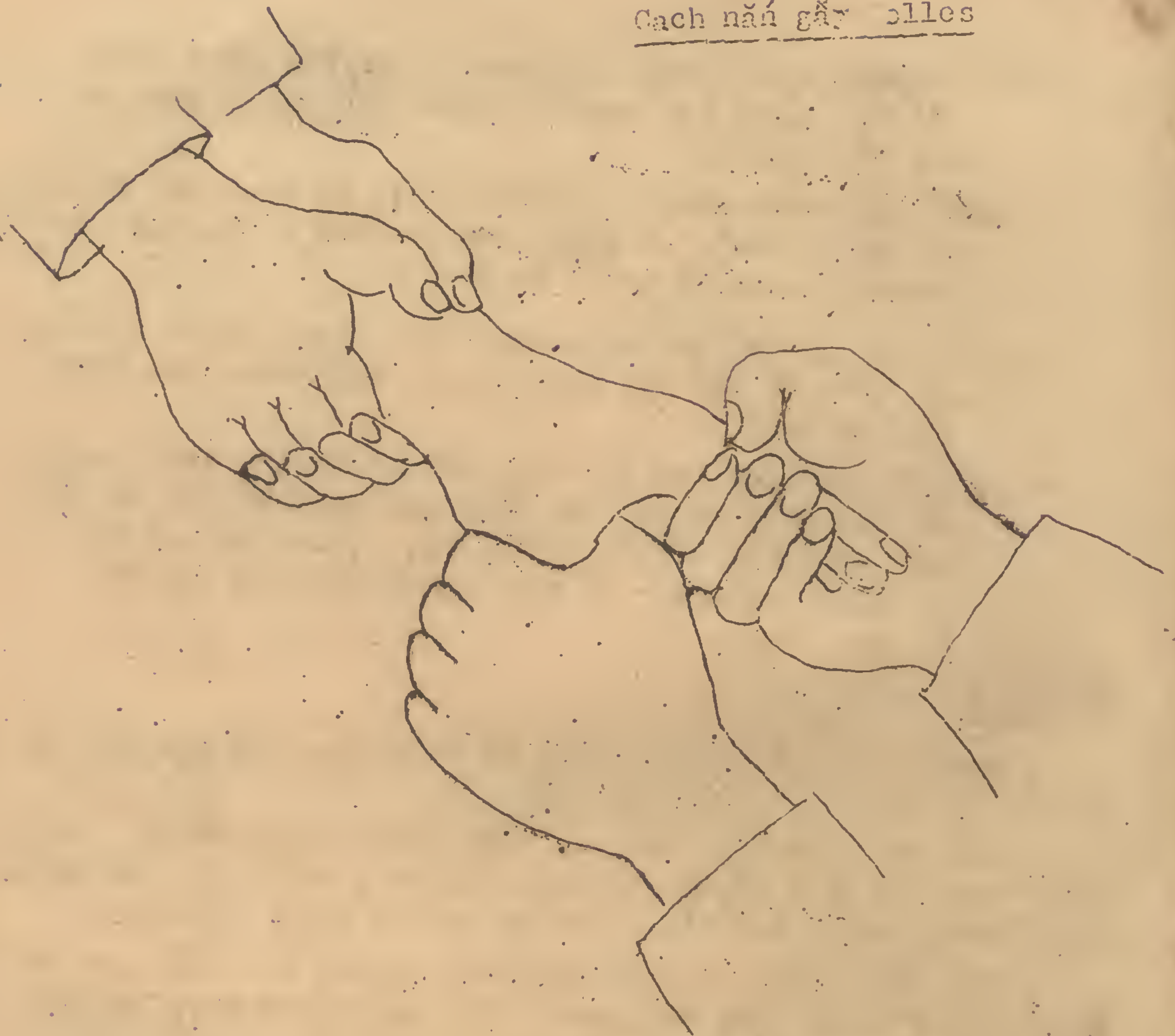
÷ Trước khi nắn chính, phong bế Novocaine 1 % tại chỗ từ 15 - 20 cc sau 3 - 5 phút hãy nắn.

÷ Nắn xong, cố định chỗ gẫy bằng bột hay nẹp gỗ... Cần phải theo rõi tình trạng chi xem có nề to, tím, lạnh hay nóng, để đề phòng những tai biến chèn ép sự lưu thông tuần hoàn.

÷ Nếu không phải cố định bằng nẹp bột mà làm bằng nẹp gỗ. Phải theo rõi tác dụng cố định có tốt hay không tốt. Tốt thì để cố định, không tốt phải làm lại cố định ấy.

Cách nắn gẫy Colles

(xem tranh vẽ ở trang -4-)


Cach nắn gẫy olles

Nhiễm trùng Bàn tay

Gồm có hai phần : + Chín mé (Panaris).
+ Viêm tấy bàn tay (Phlegmon de la main)

x x

Dàn bài đại cương

1/ Chín mé.

2/ Nhiễm trùng bàn tay.

CHÍN MÉ

I/ ĐẠI CƯƠNG.

Định nghĩa.- Chín mé là nhiễm trùng cấp của một trong những thành phần cấu tạo nên ngón tay.

Đặc điểm chung.- Hay gặp. Điều trị không kịp thời và đúng : thường lâu khỏi, có khi làm thành tàn tật.

Thường gặp ở những người làm việc bằng tay : một vết thương nhỏ, một vết chích, một tí xây xước nhẹ, không đáng chú ý, nhưng đó là những cửa ngõ đầu tiên để tác nhân gây bệnh xâm nhập.

Vi trùng gây bệnh thường là :

- Tụ cầu trùng vàng (Staphylocoque doré).
- Viêm cầu trùng tan huyết (Streptocoque hémolytique)

Phân loại :

Có 3 loại lớn :

1/ Chín mé nông (panaris superficiels) là chín mé trong các lớp của da móng tay coi như biểu bì (épiderme).

2/ Chín mé dưới da (panaris sous-cutané) là chín mé trong các khoang tổ bào nằm dưới da.

3/ Chín mé sâu (panaris profonds): Có các loại sau:
- Chín mé thể xương (panaris osseux hoặc ostéite phalangienne).
- Chín mé thể khớp (panaris articulaire hoặc Ostéo-arthrite interphalangienne).
- Chín mé bao hoạt dịch (panaris de la gaine des doigts hoặc Téno-synovite aigue des gaines des 2è, 3è et 4è doigts).

II/ CHÍN MÉ NÔNG.

Có 5 loại hay gặp:
- Chín mé thể viêm đỏ.
- Chín mé mọng nước
- Chín mé quanh móng.
- Chín mé dưới móng.
- Chín mé thể nhọt.

1. Chín mé thể viêm đỏ (panaris érythémateux).
- Loại rất nhẹ.
- Biểu hiện bằng : + ngón tay hơi đỏ lên.
  + cảm giác nong nóng, căng căng, nẩy đập nhẹ
- Để tự nhiên cũng khỏi.
- Nhưng nếu cho ngón tay nước ấm, thì mau khỏi hơn.

2. Chín mé mọng nước (panaris phlycténoïde).
- Cũng là loại nhẹ.
- Là hiện tượng xuất tiết giữa biểu bì và Corps muqueux de Malpighi.
- Biểu hiện bằng : + I mọng nước nằm giữa I đám da đỏ và tràn lan.
  + Cảm giác đau nhẹ.
  + Mọng nước đầu tiên là thanh dịch, rồi chuyển thành vàng chanh và sau cùng là mủ.
- Để tự nhiên, mọng nước vỡ và khỏi; nhưng nếu chích tháo mủ thì khỏi được chủ động hơn.

3. Chín mé quanh móng (panaris péri-unguéal).
- Mọng mủ nằm bên cạnh móng tay, có khi lan ra vòng quanh móng.
- Kèm theo có dấu hiệu tại chỗ của I viêm cấp(tại chỗ).
- Nếu không có phần mủ lan xuống dưới móng thì cũng để khỏi.
- Điều trị rạch tháo mủ để chống biến chứng lan xuống dưới móng

4. Chín mé dưới móng (panaris sous-unguéal).
- Có thể là chín mé quanh móng lan xuống.
- Thường là do dằm đâm.

- Mọng mủ nằm dưới móng -- đau đớn, nhức nhối, khó ch[illegible]
- Không điều trị sẽ lan sang đầu mút ngón tay (pulpe,

5. Chín mé thể nhọt (panaris anthracoïde)
- Thường gặp ở phía mu đốt II hậu đốt I.
- Dễ khỏi. Điều trị như I nhọt.

III/ CHÍN MÉ DƯỚI DA.

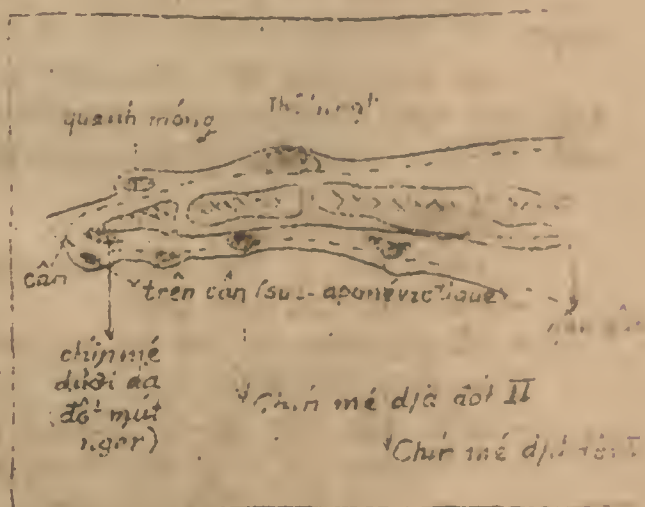
Hay gặp nhất là chín mé ở đầu mút ngón tay

A) CHÍN MÉ ĐẦU MÚT NGÓN TAY (Panaris de la pulpe)

1. Giải phẫu bệnh lý: Thể hiện của I nhọt kiểu [illegible] (anthrax), rõ hơn là áp-xe vì có những đặc điểm sau:
- Rất ít mủ.
- Nhiều tổ chức hoại tử trắng, đặc.

2. Lâm sàng:

- Đau đầu mút ngón tay càng lâu càng tăng.
- Đau không ngủ được:
+ Sốt 38°5 - 39°C
+ Phía mu nề đỏ.
+ Phía gan căng đỏ; mất dấu hiệu báo động bình thường (pseudo-fluctuation) ở đầu mút ngón tay. Ấn vào thấy có điểm đau chói.
- Có thể có dấu hiệu viêm ống bạch mạch kèm theo và có hạch sưng ở phía trên màn trên ròng rọc và hạch nách.



3. Đặc điểm cần hết sức chú ý:

- Điều trị muộn dễ lan vào xương thành viêm xương, vì ở đầu mút ngón tay, trong các khoang tế bào có các ngách sợi (cloisons fibreuses) đi tận tới hệ thống Havers của xương)
- Điều trị phải rạch rộng tháo mủ và cắt bỏ sạch tổ chức hoại tử.

B) CHÍN MÉ DƯỚI DA ĐỐT II (panaris sous cutané de la 2ème phalange).

Túi mủ thường giới hạn trong khoang tế bào dưới da vì gân gấp nằm trong bao gân, nhưng nếu không cẩn thận vẫn có khả năng lan sang bao gân và vào xương được.

C) CHÍN MÉ DƯỚI DA ĐỐT I (panaris s/c de la 1ère phalange)

Ít khi lan vào gân và xương mà thường hay lan theo khoang tế bào dưới da đến đốt I ngón bên cạnh hoặc lan tới [illegible] ngón tay.

Triệu chứng của viêm cấp + nề sưng lan tận mu bàn tay.

III/ CHÍN MÉ SÂU.

1. Chín mé bao hoạt dịch của các ngón giữa (3, 4, 5) (Panaris de la gaine des doigts moyens).

- Có thể là nguyên phát, do mũi kim, dằm gai đâm.

- Có thể thứ phát : từ chín mé dưới da lan vào bao gân, nhất là xử trí quá muộn hoặc không đúng. Có thể do khi mổ, đường rạch vào bao gân.

+ Lâm sàng :

- Đau dữ dội suốt cả ngón tay.
- Sốt 39 - 40°.
- Ngón tay hình càng cua, không thể cử động ruỗi gập thêm được, vì chỉ một cử động nhẹ cũng gây đau dữ.
- Sờ thấy đau dọc theo đường đi của gân gấp, nhất là ấn vào túi bịt trên (cul-de-sac supérieur) của bao hoạt dịch. (vị trí của nó là ở bên cạnh đầu xương bàn tay phía gan).

+ Biến chuyển và T.L.

- Phải coi là thể chín mé nặng.
- Phải xử trí kịp thời.
- Vì để muộn có thể ăn lan vào gân gây hoại tử gân gấp ⟶ tàn phế ngón tay.
- Hoặc túi bịt vỡ mủ ⟶ mủ lan tới tận bàn tay ⟶ nhiễm-trùng toàn bộ bàn tay, có khi nguy hiểm tính mạng, nếu không thì cũng để què.

+ Phương hướng điều trị.

- Rạch tháo mủ, dẫn lưu.
- Nếu phát hiện được sớm thì có thể dùng phương pháp rửa bao gân bằng pénicillin (xem sau).

2. Chín mé thể xương (Panaris osseux).

- Viêm xương nguyên phát đốt ngón tay thường ít gặp.
- Thường là thứ phát, do chín mé dưới da lan vào, nhất là chín mé đầu mút ngón tay vì có các vách sợi chạy vào tận xương.

+ Lâm sàng :

- Phải nghi ngờ có tổn thương xương khi 1 chín mé dưới da đã được rạch tháo mủ, mà vẫn còn hiện tượng mưng mủ kéo dài hoặc dò mủ.

- Hoặc nếu trong khi mổ, dùng stylet chọc vào lỗ dò mà chạm xương là có khả năng viêm xương.

+ X quang :

- Có hình mất chất vôi ở đốt bị viêm, bờ nham nhở, đối với thể mới bị, còn nhẹ.

- Có thể có mảnh xương chết (séquestre) } đối với thể bệnh
- Hoặc hình phá hủy toàn bộ đốt viêm. } tương đối lâu

+ Biến chuyển và T.L.

- Viêm một phần xương, nếu điều trị kịp thời, sẽ có thể khỏi hoàn toàn.
- Nếu viêm toàn bộ xương mà không điều trị kịp thời để lan tới khớp gây viêm xương khớp (ostéo-arthrite inter-phalangienne).

+ Phương hướng điều trị.

- Thể nhẹ: Rạch rộng tháo mủ, cắt bỏ tổ chức hoại tử, bất động triệt để, kháng sinh liều cao.
- Thể nặng: Lấy bỏ séquestre, hoặc cắt bỏ toàn bộ đốt xương

3- Chín mé thể khớp (Panaris articulaire).

- Nguyên phát: do vết đâm vào thẳng khớp (: hiếm)
- Thứ phát: vi trùng theo đường máu tới khớp (métastase septicémique): cũng hiếm.

mà thường do viêm đốt xương toàn bộ lan tới khớp hoặc do viêm bao hoạt dịch lan vào khớp, vì bao hoạt dịch dính vào đốt II và III.

+ Lâm sàng

- Đau rất nhiều ở kẽ khớp.
- Khớp bị ở tư thế hơi gấp và chỉ cử động nhỏ cũng đau

+ X quang.

- Khe khớp hẹp lại và mặt khớp có hình phá hủy.

x x x

VIÊM TẤY BÀN TAY

I/ NHẮC LẠI VÀI ĐIỂM VỀ GIẢI PHẪU HỌC BÀN TAY CÓ LIÊN QUAN ĐẾN BÀI.

- Da và tổ chức dưới da,
- Cân { Mu tay; Gan tay { nông; sâu } → Chia gan tay làm 3 ô:
  - mô cái
  - mô út
  - gan tay giữa { nông; sâu
- Bao hoạt dịch:
  - ngón 2, 3, 4
  - bao hoạt dịch quay } xuống tận cổ tay. Có khi thông
  - bao hoạt dịch trụ } / nhau

II/ PHÂN LOẠI.

- Nông hoặc trên cân.
- Sâu hoặc dưới cân: các khoang tế bào trong các ô. viêm bao hoạt dịch các gân gấp quay trụ

A) VIÊM TẤY BÀN TAY TRÊN CÂN HOẶC NÔNG: (Phlegmons sus-apo-névrotiques ou superficiels).

Có 2 loại là thường hay gặp: - Viêm tấy đỏ,
- Viêm tấy thể nhọt.

1. Viêm tấy đỏ (phlegmon érythémateux).

- Chỉ là viêm tấy trong lớp da.
- Chóng khỏi.
- Điều trị ngâm tay nước ấm.

2. Viêm tấy thể nhọt (phlegmon anthracoïde).

- Là thể nhọt: lỗ chân lông phía mu,
tuyến mồ hôi phía gan.
- Điều trị như nhọt.

B) VIÊM TẤY BÀN TAY SÂU HOẶC DƯỚI CÂN.

Có loại thường gặp:

1/ Viêm tấy khoang gan tay nông.

a) Đặc điểm lâm sàng:

- Đau rất nhiều, đau dữ dội làm mất ngủ.
- Cử động ngón tay và cổ tay vẫn làm được tuy có hạn chế.
- Khám phát hiện ổ mủ thường muộn và hơi khó vì mủ nằm kín trong cân gan tay khá dầy, dần dần sẽ thấy sưng vùng ô gan tay giữa. Ô mô cái và mô út, vẫn bình thường. Ấn vào ô gan tay giữa, có điểm đau chói và mất dấu hiệu ba động giả bình thường ở gan tay. Nề sưng ở phía sau mu tay nhiều hơn.

b) Biến chuyển và T.L.

Nếu không tháo mủ kịp thời, có khả năng ăn lan xuống sâu, vì tự nó khó vỡ mủ ra ngoài.

2/ Viêm tấy khoang gan tay sâu,

- Nguyên phát. Do vết đâm thẳng vào ô gan tay sâu: ít gặp hơn.
- Thứ phát: Do viêm tấy khoang gan tay nông lan tới, hoặc chính mé bao hoạt dịch ngón 2, 3, 4 bị vỡ mủ ở túi bịt lan tới: hay gặp hơn.

+ Lâm sàng:

- Sưng nề nhiều: phía gan tay ít hơn.
phía mu tay sưng nề to, có thể tới cẳng tay.
- Ngón tay không bị cong cua.
- Đốt I các ngón 3, 4, 5 thường bị gập nhẹ vào bàn tay vì co rút các cơ giun.
- Cử động các ngón tay vẫn làm được, nhưng đau ở ô gan tay.

- Không thể dang khép các ngón tay với nhau (liệt liên cốt)
- Ấn vào ô gan tay giữa đau chói.

+ Biến chuyển và T.L.

Là loại viêm tấy nặng - Có khi điều trị tốt, vẫn để lại số di chứng quan trọng :

- Rối loạn dinh dưỡng các ngón tay vì mạch thần kinh ở gan tay sâu bị kích thích.
- Tư thế lệch vẹo các ngón tay vì liệt cơ liên cốt.
- Các ngón tay khó gấp.

Nếu không mổ, sẽ lan tới ngón tay và lan tới cẳng tay.

3/ Viêm tấy ở mô cái.

- Có thể là nguyên phát : thường gặp.
- Có thể là thứ phát do chín mé ngón cái hoặc vùng bao hoạt dịch ngón tay bị vỡ mủ

+ Lâm sàng :

- Sưng vùng ô mô cái cả vùng mu và gan : Mu trên gan ... tay giữ bình thường.
- Ấn vào rất đau.
- Ngón cái dang và rất khó làm đối chiếu.

+ Biến chuyển và T.L.

- Tuy dễ khỏi, nhưng cần quan niệm là nặng vì không dẫn ... kịp thời có khả năng lan vào bao hoạt dịch quay và sẽ lan rộng lên trên hướng dưới, tàn phế ngón cái là một tàn phế nặng ...

4/ Viêm tấy ở mô út

- Ít gặp hơn.
- Thường tiên lượng tốt.

5/ Viêm tấy các kẽ liên ngón tay.

- Có thể nguyên phát.
- Thường là thứ phát của chín mé đốt I.

+ Lâm sàng :

- Sưng đau ở kẽ liên ngón, sưng cả trước và sau, làm cho các ngón xa nhau.
- Tiên lượng cũng dễ khỏi, ít khi có di chứng.

6/ Viêm tấy phía mu bàn tay.

- Ít gặp hơn
- Sưng nề ở phía mu bàn tay; phía gan không sưng không đau.
- Thường ít bị bao hoạt dịch gân ruồi.
- Tiên lượng dễ khỏi, ít có di chứng.

C) VIÊM CÁC BAO HOẠT DỊCH CÁC GÂN GẤP.

1/ Nhắc lại vài điểm giải phẫu cần nhớ.

Bao hoạt dịch của 2 ngón ngoài cùng thông với bao hoạt dịch cổ tay quay và trụ để tạo thành bao hoạt dịch ngón cổ tay (gaines digito-carpiennes).

- Bao quay bọc gân gấp dài ngón cái : tương đối hẹp.
- Bao trụ rộng hơn, bọc cả 2 lớp nông sâu của các gân gấp chung nông và sâu của các ngón; do đó nó có 3 túi bịt :
  - Túi bịt trước gân.
  - Túi bịt giữa gân.
  - Túi bịt sau gân : túi bịt này dính với xương móc (os crochu) và thông với bao hoạt dịch ngón 5

Cả 2 bao quay và trụ bắt đầu từ ngón I và ngón 5 xuống quá dây chằng vòng trước cổ tay 3 cm.

2/ Viêm bao hoạt dịch quay.

a) Đại cương : Hay gặp hơn bao trụ. Là loại viêm rất nặng, phải điều trị sớm để cứu lấy cơ năng quan trọng của ngón cái là đối chiếu với các ngón khác.
- Có thể là nguyên phát.
- Có thể là thứ phát.

Tiến triển của nó qua 3 giai đoạn.

b) Các giai đoạn tiến triển.

a× Giai đoạn đầu : Khi bị chín mé ngón cái mà có biến chứng viêm bao hoạt dịch quay thì có thể dựa vào các dấu hiệu sau đây để phát hiện sớm.
- Sau khi mổ tháo mủ vài ngày, mà vẫn còn thấy đau và nhiệt-độ vẫn còn cao thì phải khám ra bao hoạt dịch quay ngay.
- Xem ngón cái co bị càng cua không.
- Khám xem có đau dọc theo bao hoạt dịch không.

Phát hiện được sớm thì điều trị mới có khả năng khỏi và cứu vãn được cơ năng ngón cái

b× Giai đoạn phát triển.
- Đau dữ dội và lan từ ngón cái xuống ô mô cái.
- Ngón cái bất lực vận động hoàn toàn.
- Nhiệt độ toàn thân 39° - 40°C .
- Vẻ mặt nhiễm trùng. Quầng mắt và trạng thái mất ngủ 2-3 ngày rồi.

+ Nhìn.
- Bàn tay ở tư thế sấp; muốn ngửa bàn tay, phải xoay xương cẳng tay.
- Phía lưng bàn tay sưng nề to, nhất là phía ngón cái.
- Ngón cái tư thế càng cua điển hình, các ngón khác bình thường

+ Sờ :
- Vùng gan không đau.
- Đau dữ vùng mô cái.
- Hai dấu hiệu căn bản :
  - không thể duỗi ngón cái dù thụ động vì rất đau.
  - điểm đau rõ rệt dọc theo đường đi của bao gân khi ta ấn vào.

+ Tiên lượng.- Có thể có 3 khả năng :
- Nay nếu thì điều trị vẫn khỏi được hoàn toàn.

- Nhưng thường là kết quả tồi: Ngón cái không gấp được vì gân gấp bị dính vào tổ chức xung quanh trên một diện tích rộng. Động tác đối chiếu kém đi vì sẹo dính và khớp giữa xương thang và nền đốt bàn I mọc đầy tổ chức xơi (articulation trapézo-métacarpienne),

- Gân gấp bị hoại tử và ngón cái vẫn trong tư thế co quắp, mất hết gấp và đối chiếu. Cả bàn tay như vậy là coi như tàn tật.

c* Giai đoạn biến chứng:

- Tàn phế ngón cái.
- Dò mủ kéo dài.
- Viêm xương.
- Nhiễm trùng lan tận cả bàn tay.

3/ Viêm bao hoạt dịch trụ.

- Kiểm hơn bao quay.
- Đau dọc theo bao hoạt dịch.
- Cũng cua cả 4 ngón: Ngón 5 nặng nhất không thể duỗi được dù thụ động, rồi đến ngón 4; ngón 3; còn ngón trỏ còn khả năng duỗi được.

- Tiên lượng: tương đối dễ khỏi hơn nếu điều trị sớm, nhưng vẫn có thể để lại những biến chứng sau:
  - Không gấp được ngón 5 vì gân bị dính hoặc hoại tử, còn các ngón 4, 3, 2 thường có bị cũng nhẹ thôi.
  - Viêm xương móc.

x

x x

ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG BÀN TAY

I/ NGUYÊN TẮC CHUNG

1- Săn sóc trước khi mổ.

- Chưa mổ khi chưa có túi mủ. Chỉ mổ khi đã có túi mủ rõ. nghĩa là tính chất đập nẩy rõ, đau đớn nhiều và mất ngủ, ấn vào ổ mủ thấy đau chói.
- Trong thời gian chưa có túi mủ, điều trị phải làm đủ những việc sau:

a- Phong bế Novocain 0,25% vào gốc ngón tay đối với chín mé, Phong bế xung quanh cổ tay hoặc thân xương cánh tay đối với nhiễm trùng bàn tay.

b- Bất động ngón tay và bàn tay bị.

c- Kháng sinh: Pénicillin kết hợp với sinh tố C, D, A để tăng cường hiệu lực của Pénicillin và khu trú ổ viêm nhanh hơn

2- Mổ.

a/ Phải được vô cảm tốt.

- Đối với đốt 2 và 3, có thể gây tê vòng quanh ngón tay
- Nếu không bảo đảm gây tê tốt, thì nên gây mê để việc mổ dễ dàng hơn, làm được cẩn thận hơn.

b/ Mổ ở bàn tay hoặc mổ vào các gân, cần cầm máu tạm thời bằng ga-rô hơi, để dễ quan sát trong khi mổ.

c/ Đường rạch không nên dài quá, nhưng phải đủ dài để dẫn lưu tốt mà không làm tổn hại thần kinh mạch máu quan trọng. Tránh rạch đường giữa theo chiều dọc vì dễ gây sẹo xấu, ảnh hưởng đến ngón tay và bàn tay, mặt khác dẫn lưu cũng không được tốt. Nên rạch theo đường bên rồi nếu cần thì uốn cong đường rạch chút ít. Đường rạch giữa bàn tay, nên đi song song với các nếp gấp ở bàn tay

Hết sức ~~để~~ tránh gây chấn thương nhiều đối với bờ mép của đường rạch và tổ chức sâu, nên dùng écarteur ~~đặt~~ đặc biệt hoặc dùng crochet, hoặc dùng các mũi chỉ khâu vào da mà banh vết mổ.

d/ Công việc mổ phải làm đủ 2 phần:

+ Tháo hết mủ
+ Cắt bỏ tổ chức hoại tử càng triệt để càng tốt.

Thường sau khi mổ, người ta dẫn lưu. Không nên dùng các drain hình ống, mà nên dùng các lame cao-su. Nếu dùng gạc thì nên dùng gạc bé, mỏng và nhất là có tẩm vaseline để tránh cho gạc không dính vào gân.

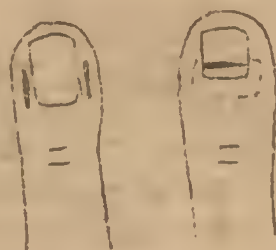
3- Săn sóc sau khi mổ.

- Bất động bàn tay và ngón tay trong tư thế cơ năng:
  + cổ tay hơi gấp,
  + ngón tay hơi gập,
  + ngón cái đối chiếu.
- Treo cao tay, chống nề phù.
- Phong bế thần kinh quanh xương cánh tay.
- Băng nhẹ trong trường hợp có dẫn lưu để để thoát mủ.
- Kháng sinh nên cho tiếp tục vài ba hôm sau.
- Theo rõi nhiệt độ và trạng thái nề phù ở bàn tay và ngón tay để phòng nhiễm trùng lại hoặc lan rộng.
- Tập vận động chủ động các khớp, không bất động.
- Tập vận động +lý liệu pháp thu hồi cơ năng ngón tay và bàn tay.

II/ ĐIỀU TRỊ CHÍN MÉ.

a) CHÍN MÉ NÔNG.

1. Chín mé nọng nước: chích tháo mủ không cần vô cảm.



2- Chín mé quanh móng :

a) Nếu không kèm theo có phần mủ lan xuống dưới móng thì chỉ cần 2 đường rạch bên tháo mủ.

b) Nếu có mủ lan chút ít xuống dưới móng, thì nên cắt bỏ I phần móng.

3- Chín mé dưới móng : Cắt bỏ toàn bộ móng.



4- Chín mé thể nhọt : Chích và tháo mủ như một nhọt.

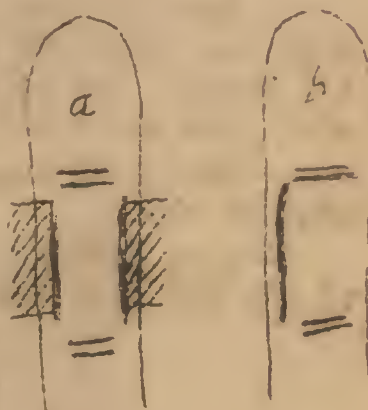
B) CHÍN MÉ DƯỚI DA :

1/ Chín mé đầu mút.- Rạch theo đường cong bên cạnh đốt III như hình vẽ. Tháo mủ và cắt bỏ tổ chức hoại tử.

2/ Chín mé đốt II.-

- Nếu cần dẫn lưu: Rạch 2 đường rạch bên (hình vẽ a).

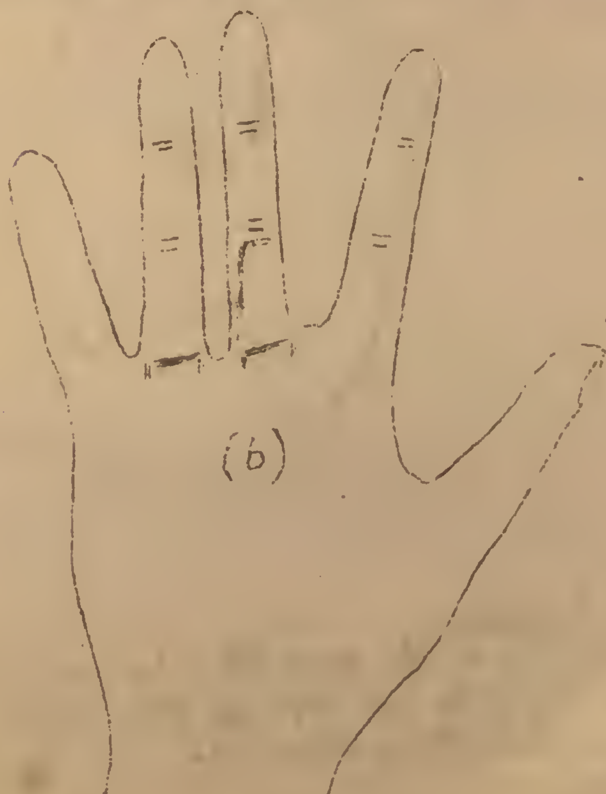
- Nếu không cần dẫn lưu, rạch đường bên và uốn cong theo nếp gấp giữa đốt II và III (hình vẽ b).



3/ Chín mé đốt I.-

- Nếu không có mủ lan tới rãnh liên ngón: rạch như hình vẽ a).

- Nếu có mủ xuống rãnh liên ngón thì rạch theo hình vẽ b hoặc hình vẽ c.





C) CHÍN MÉ SÂU.

1. Chín mé thể xương :

- Nếu chín mé chỉ mới I phần, chỉ cần rạch tháo mủ, cắt bỏ tổ chức hoại tử, dẫn lưu, bất động kháng sinh đủ.

- Nếu có mảnh xương thối, lấy bỏ và cắt bỏ tổ chức hoại tử

- Nếu xương bị phá hủy toàn bộ, lấy bỏ cả đốt.

2. Chín mé thể khớp :



- Nếu mới bị, rạch tháo mủ và bất động bằng bột bó trong tư thế cơ năng.

- Nếu đã muộn : cắt đoạn 2 mặt khớp, rồi bất động trong tư thế cơ năng.

Tiên lượng nói chung sẽ tiến tới cứng khớp.

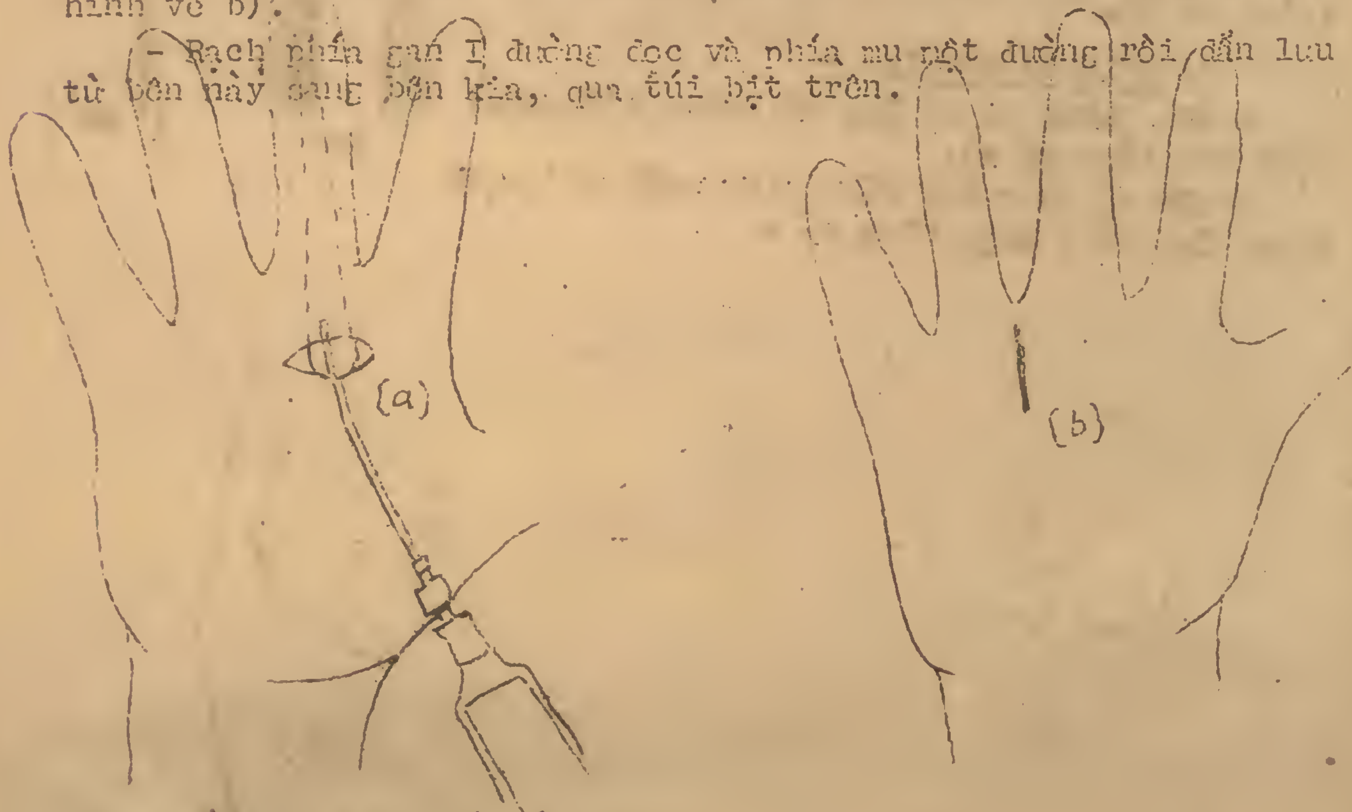
3. Chín mé các bao hoạt dịch ngón 2, 3, 4 :

- Nếu mới bị : Dùng phương pháp rửa bao hoạt dịch bằng Pénicillin:

Rạch I đường ngang nhỏ ở chỗ túi bịt trên, sau khi quan sát được bao gân, luồn I kim vào túi bịt rồi dùng dung-dịch Pénicillin 200.000 đơn vị bơm vào. Sau đó, khâu đường rạch da và bất động ngón tay trong tư thế cơ năng (hình vẽ a).

- Nếu bị đã tương đối lâu, phải rạch dẫn lưu túi bịt trên (xem hình vẽ b).

- Rạch phía gan I đường dọc và phía mu một đường rồi dẫn lưu từ bên này sang bên kia, qua túi bịt trên.



III/ ĐIỀU TRỊ VIÊM TẤY BÀN TAY.

1- Viêm tấy ở gan tay giữa nông :

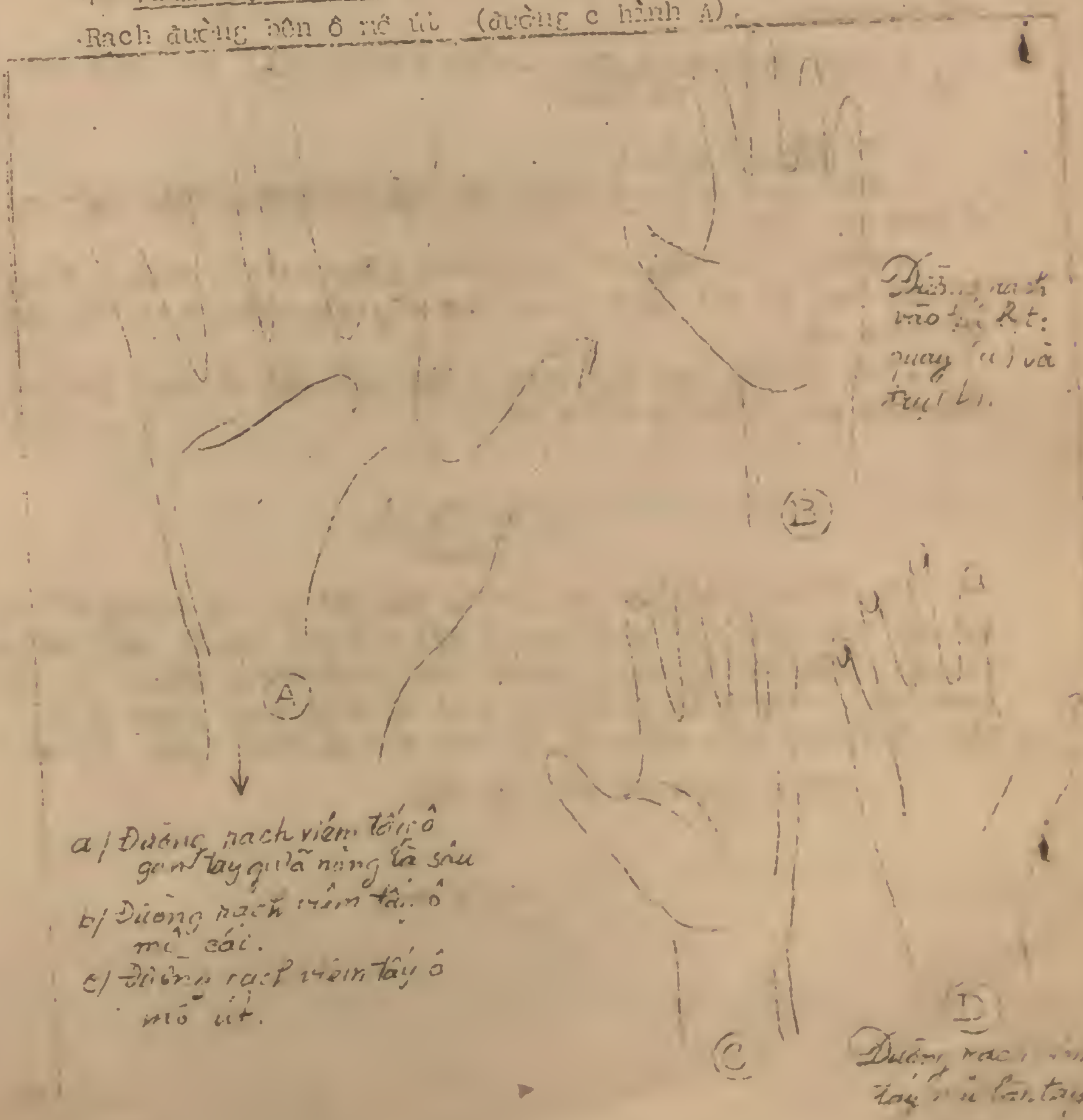
Rạch theo nếp gấp của bàn tay và uốn cong về phía quay để dễ bật vạt da lên mà quan sát; mặt khác sẹo này sau cũng được mềm mại (Hình Aa ở trang bên : Hình số A, đường a).

2- Viêm tấy ô gan tay giữa sâu:
- Rạch theo đường a hình A như ở gan tay nông.
- Hoặc rạch theo đường Kanavel.

Ghi chú: Nếu là do viêm tấy thứ phát sau khi bị, téno-synovite vỡ ra từ túi bịt trên thì có khi phải cắt cụt ngón tay đồng thời cắt bỏ chỏm xương bàn tay, vì chỏm xương bàn tay sẽ như một cái nút ngăn cản dẫn lưu (Merle d'Aubigné).

3- Viêm tấy ô mô cái.
Rạch theo đường nếp gấp dưới của bàn tay, tức là bờ cong của mô cái (đường b, hình A).

4- Viêm tấy ô mô út
Rạch đường bên ô mô út (đường c hình A).



5- Viêm tấy ở kẽ ngliên ngón :
- Rạch ở giữa kẽ.
- Hoặc rạch như chín mé đốt I.

6- Viêm tấy phía mu tay :
- Rạch các đường như hình vẽ D.

IV/ ĐIỀU TRỊ VIÊM TẤY CÁC BAO HOẠT DỊCH QUAY VÀ TRỤ.

1/ Nếu phát hiện sớm thì tốt nhất là rửa bao hoạt dịch bằng Pénicillin :

- Rạch cul-de-sac trụ : Hình B đường b: Đường rạch nằm giữa cơ trụ trước và xương trụ. Rạch cân cổ tay nông và cân sâu. Gặp cơ gấp nông. Ta banh các gân cơ gấp và gân cơ trụ trước, sẽ tìm thấy cul-de-sac.

- Rạch cul-de-sac quay (hình B đường a) : Tìm được cul-de-sac thì bơm dung dịch Pénicillin.

2/ Nếu gặp muộn :

Cũng rạch tháo mủ ở các túi bịt như trên, đồng thời rạch thêm ở trên bàn tay :

- Nếu là bên trụ, thì rạch trên đường đi của rãnh liên ngón 4, 5, dài 2 - 3 cm rồi dùng pince thọc nhẹ qua phía mu mà dẫn lưu (hình C, đường a).

- Nếu là bên quay thì rạch ở nền ngón cái và cũng dẫn lưu sang bên phía mu (hình C, đường a).

KHÔNG NÊN LÀM

1- Không nên dùng Pénicillin bừa bãi khi đã thành túi mủ. Vì ta nên biết rằng khi đã thành mủ rồi thì chủ yếu là phải chích tháo mủ. Dùng Pénicillin trong trường hợp chích không đúng, vẫn còn mủ ở trong thì Pénicillin sẽ làm xơ chai tổ chức xung quanh ổ mủ, việc lành sẽ không hoàn toàn, mà làm cho các tổ chức quý bị xơ chai.

2- Không chích khi chưa có mủ.

---- oOo ---.

8/2/1964

C H I   D U O I

GAY CO XUONG DUI :

Thường gặp ở người gìa vì thưa xương người gìa hay ở cổ xương dùi . Là loại gãy xương nặng :

- Đối với người gìa đầu trước,tiên là phải chống biến chứng toàn thân đe dọa tính mạng :
  - + Choáng
  - + Trụy tim mạch
  - + Biến chứng hô hấp do nằm lâu
  - + Loét .
- Đối với người trẻ, cần chú ý chống biến chứng tại chỗ có ảnh hưởng tới cơ năng .
  - + Khớp giả
  - + Hoại tử vô trùng chỏm
  - + Hư khớp (coxarthrose)
  - + Liền lệch vẹo .

NGUYEN NHAN :

Ngã đập vào mấu chuyển to (thường gặp) Ngã cao, hai bàn chân chống xuống đất (ít) .

PHAN LOAI :

A/ PHAN LOAI THEO VI TRI GAY

1/ Gẫy trong bao khớp

- + Gẫy dưới chỏm (1)
- + Gẫy cổ thực sự (2)
- + Gẫy nền cổ (3)

2/ Gẫy ngoài bao khớp :

- + Gẫy cổ mấu chuyển (4)
- + Gẫy liên mấu chuyển (5)



B/ PHAN LOAI THEO DI LECH .

Gẫy thế khép (coxa vara)

Gẫy thế dạng (coxa valga) .



Coxavara $\alpha < 120°$



Coxavalga: $\alpha > 130°$



Binh thuong: α 120 - 130°

C/ PHAN LOAI THEO TIEN LUONG :

1/ Gẫy trong bao khớp nặng hơn gẫy ngoài bao khớp, gẫy càng cao càng dễ hoại tử chỏm .

2/ Dường gẫy có ảnh h‸ng đến tiên lượng,



a < 30°
π tốt



a > 50°
π tồi



Dường gẫy thẳng dứng π xấu

TRIEU CHUNG :

1/ Dau trong khớp hông .
- Dau khi ấn vào chỏm xương hoặc ấn vào mấu chuyển to.

2/ Bất lực vận động chi dưới .

3/ Chi ngắn lại :
- Do từ gai chậu trước trên đến mắt cá
- Mấu chuyển to lên cao trên đường Nelaton - Roser
- Dường Shoemacku dưới rốn
- Tam giác Bryant không cân cân (isocele)

4/ Chi xoay ra ngoài : Bàn chân đổ xuống giường

5/ Doạn ngoài dội phần mềm lồi lên dưới da ở nếp bẹn (triệu chứng laugier)

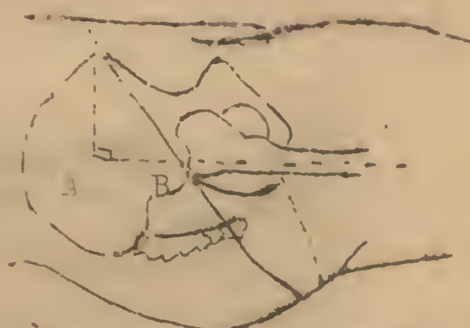


Chi ngắn lại

- Đường Shoemacker dưới rốn .
- Chi xoay ra ngoài



Chi xoay ra ngoài : bàn chân đổ xuống giường .

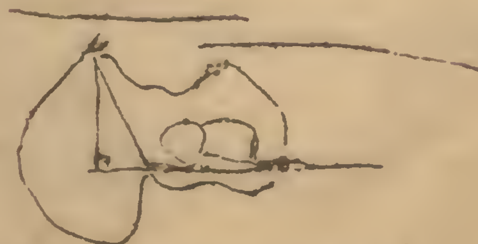


- Đường Nelaton - Roser từ gai chậu trước trên đến ụ ngồi sẽ qua đỉnh mấu chuyển to .

Tam giác Bryant bình thường AB = AC



Mấu chuyển to lên cao trên đường Nelaton - Roser



Tam giác Bryant biến đổi AB < AC .

DIỀU TRỊ.

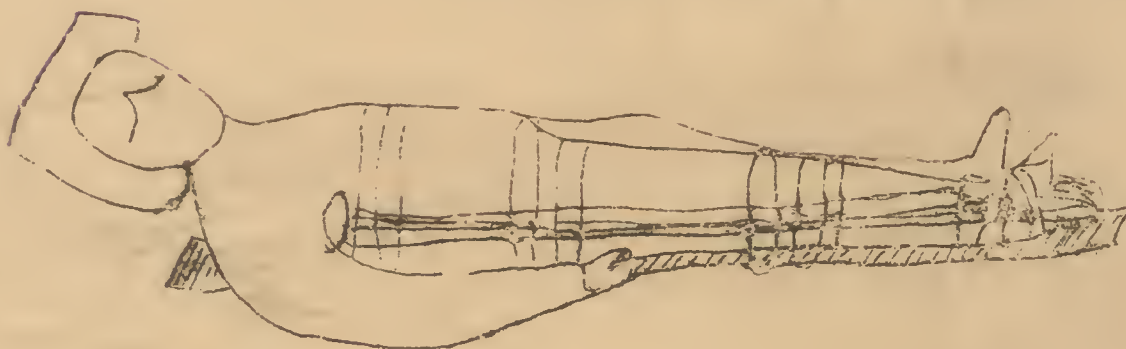
A/ SƠ CỨU TẠI TUYẾN ĐẦU

1/ Phòng và chống choáng.

- Phong bế Novocain 1% 30 - 40^{cc} vào ổ gãy
- Promédol, morphin .... giảm đau
- Trợ tim : camphre ; coramin
- Bất động : Nẹp dài từ nách và từ lưng đến bàn chân có điều kiện dùng nẹp Dieterich.

2/ Phòng và chống trụy tim mạch : Theo rõi tim mạch ..Nếu cần có thể cho Onabain 1/8 - 1/4 mg giỏ giọt tĩnh mạch.

3/ Chuyển vận nhẹ nhàng về bệnh viện chuyên khoa.



B/ DIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHUYÊN KHOA :

1/ Gãy trong bao khớp :

a) Đủ sức chịu đựng mổ :
Đóng đanh Smithpetersen
(Đóng ngoài khớp).

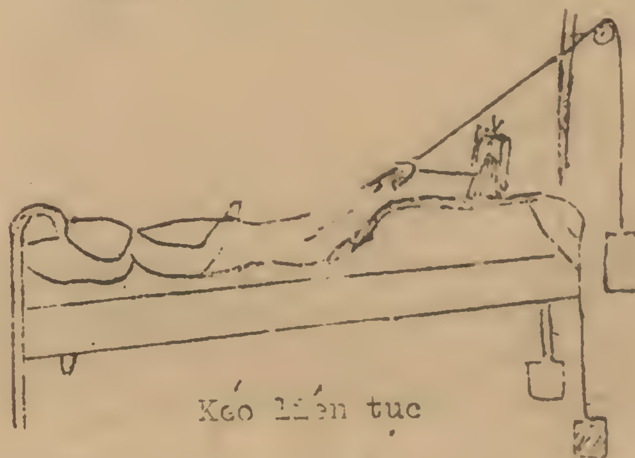
b) Chưa đủ sức mổ :
- Kéo liên tục
- Bồi dưỡng
- Mổ đóng đanh

c) Già yếu quá, không đủ sức mổ :
- Bồi dưỡng sức khỏe
- Phong bế Novocain cho ngồi dậy sớm vận động sớm.



Đóng đanh ngoài khớp Smith - Petersen.

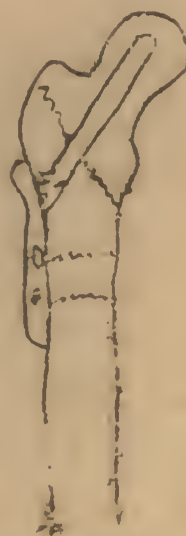
2/ Gãy ngoài bao khớp
Kéo liên tục qua lồi cầu xương đùi hoặc lồi củ trước xương chầy trong 4 - 5 tuần . Sau đó bất động bột Withman Nếu có điều kiện : đóng đanh nẹp (clou plaque).



Kéo liên tục



Bó bột sau khi kéo.



Đóng đanh nẹp
(clou plaquede Maclanghlin)

SAI KHOP HONG

Ít gặp . Vì khớp sâu; dây chằng vững .
Là loại sai khớp nặng vì .

- Choáng ngay sau khi bị nạn .
- Về sau có thể biến chứng : hoại tử chỏm, cốt hoá dây chằng quanh khớp

NGUYEN NHAN CO CHE:

Thường gặp ở tuổi thanh niên .
Do chấn thương rất mạnh :
- Ngã cao trong tư thế gấp và khép đùi mạnh :
  Chỏm xương đùi kềnh vào bờ sau của ổ khớp :
  Sai khớp ra sau .
- Ngã trong tư thế gấp đùi và dang đùi :
  Chỏm xương đùi kềnh vào bờ trước của ổ khớp :
  Sai khớp ra trước .

PHAN LOAI :

1/ Sai khớp ra sau : loại thường gặp :
- Sai khớp kiểu chậu (1)
- Sai khớp kiểu ngồi (2)

2/ Sai khớp ra trước :
- Sai khớp kiểu mu (3)
- Sai khớp kiểu bịt (4)



TRIEU CHUNG LAM SANG :

1/ Đau dữ ở khớp hông → choáng .
2/ Bất lực vận động hoàn toàn khớp hông
3/ Sờ thấy chỏm ở ngoài ổ khớp
4/ Biến đổi của các đường :
- Đường Nelaton - Ro...
- Đường Shoemacker
- Tam giác Bryant

} xem gãy cổ xương đùi .

5/ Tư thế đặc biệt của chi :
- Sai khớp ra sau :
  Chi khép và xoay vào trong .
- Sai khớp ra trước :
  Chi dang và xoay ra ngoài .

SAI KHỚP RA SAU .



Sai khớp kiểu chậu



Sai khớp kiểu ngồi

SAI KHỚP RA TRƯỚC



Sai khớp kiểu mu



Sai khớp kiểu bịt .

DE PHONG BI[illegible]NCHUNG :

Hoại tử vỏ trùm chỏm : [illegible]ải nắn hết sức sớm :

Thống kê theo [illegible] (1[illegible]5) đối với sai khớp thường :

Nắn trước 24 giờ : 0[illegible] hoại tử

- Nắn sau 24 giờ 30[illegible] hoại tử chỏm xương đùi .

Liệt thần kinh hông :

Cần khám kỹ thần kinh < Trước khi nắn / Sau khi nắn

NẮN :

A/ NGUYÊN TẮC : Nắn cấp cứu, cố gắng nắn trước 24 giờ
Gây mê : Hoặc phong bế thật kỹ vào ổ khớp kết hợp tiền mê.

1/ Đối với sai khớp ra sau :
Phải cố định khung chậu
Thì 1 kéo dùi lên theo trục .
Thì 2 vừa kéo dùi lên vừa dang
Thì 3 vừa làm như 2 thì trên vừa xoay dùi ra ngoài .





2/ Đối với sai khớp ra trước .
Phải cố định khung chậu
Thì 1 kéo dùi lên trên
Thì 2 vừa kéo dùi vừa khép dùi .
Thì 3 làm như trên kết hợp với xoay dùi vào trong.





B/ CÁC PHƯƠNG PHÁP CỤ THỂ .

PHUONG PHAP THUONG DUNG



Phương pháp nằm ngửa



Sau khi nắn :

Bất động khớp háng 10 - 15 ngày rồi cho chứng nạn tập đi .

GÃY XƯƠNG ĐÙI

Hay gặp . Khó điều trị bảo tồn vì cơ kéo khỏe, thường phải mổ kết xương :

Chia làm 3 loại :

- Gãy 1/3 trên (gãy dưới các mấu chuyển).
- Gãy 1/3 giữa (gãy thân xương)
- Gãy 1/3 dưới (gãy trên lồi cầu) .

GÃY 1/3 TRÊN VÀ 1/3 GIỮA :



Di lệch ·

1/ Chồng lên nhau (1) do tác dụng của
  + Cơ tứ đầu
  + Các cơ ụ ngồi cẳng chân .

2/ Thành góc mở vào trong
  + Đoạn trên :
    Cơ mông dạng ra ngoài (2)
    .Cơ đái chậu kéo ra trước.
  - Đoạn dưới : cơ khép kéo vào trong

3/ Đoạn dưới xoay ra ngoài do :
  + Cơ may
  + Sức nặng của chi .

Triệu chứng :

1/ Bất lực vận động hoàn toàn .
2/ Chi ngắn lại .
3/ Đoạn dưới xoay ra ngoài .
(Bàn chân đổ xuống giường).
4/ Chi biến dạng thành hình quai lồi ra ngoài (deformation en crosse).



Điều trị :

A/ SƠ CỨU TUYẾN ĐẦU :

1/ Phòng và chữa choáng :
- Phong bế Novocain
- Pronédol hoặc morphin .
  + Trợ tim
  + Ủ ấm nếu cần
  + Cố định tạm thời bằng 3 nẹp dài

- Một nẹp sau (Từ lưng đến bàn chân .
- Một nẹp ngoài)
- Một nẹp trong từ bẹn đến bàn chân . Có điều kiện dùng nẹp Dietérich -

2/ Chuyển vận nhẹ nhàng về bệnh viện .

B/ DIEU TRI TAI BENH VIEN :

Nhiều phương pháp kết xương nhưng tốt nhất vẫn là : Đóng đanh nội tủy :

- Đanh küntscher
- Đanh Богданов
- Đanh Веркутов



Trước khi mổ :
Phải kéo liên tục .

Trong khi mổ :
Phòng choáng khi đóng đanh .
Phòng tắc đanh (phải đo đanh trước).

Sau khi mổ :
- Tiếp tục phòng choáng
- 1 tuần - 10 hôm sau

Cho chống nạng tập đi .
- 1 tháng sau đi bình thường nhưng phải cẩn thận .
- 1 năm sau rút đanh .

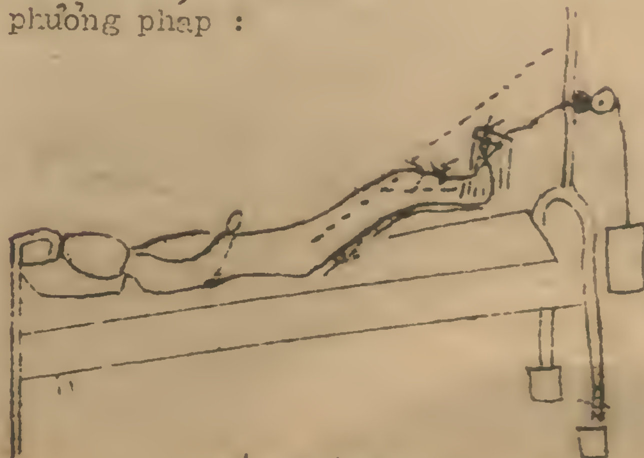
GAY 1/3 DUOI :

Đoạn dưới bị kéo ra sau do tác dụng cơ sinh đôi. Điều trị khó khăn.



- Khó nắn
- Khó cố định
- Dễ cứng khớp gối .

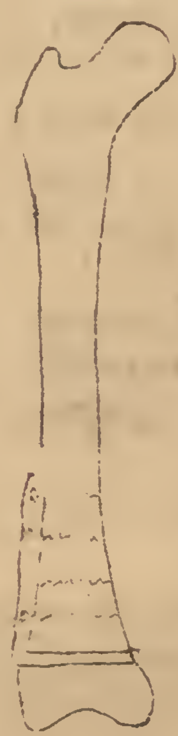
Nhiều phương pháp :



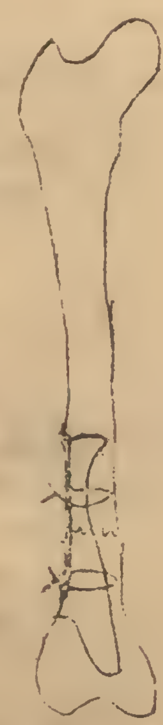
kéo liên tục .



Hai danh nối tủy hình tháp .
(Tour d'Eiffel).



Blade plate



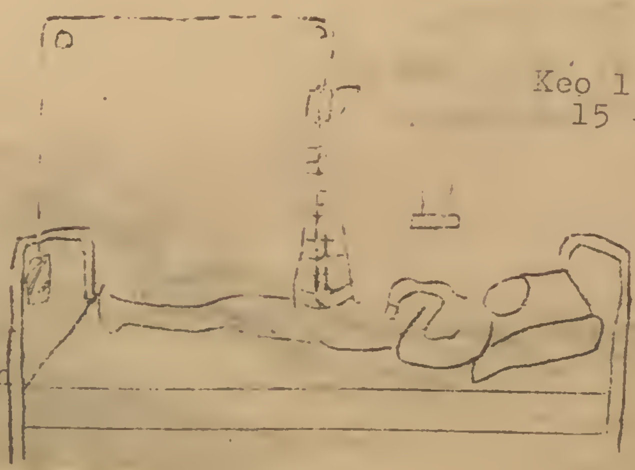
Nẹp climốp cải biến .

GẪY XƯƠNG ĐÙI TRẺ CON

Đối với trẻ con thường điều trị bảo tồn

Đặc điểm ở trẻ con là nếu xương có ngắn đi 1-2cm về sau sẽ có hiện tượng dài bù

Dưới 5 tuổi .



Kéo 1 - 2 cân
15 - 20 ngày .

Kéo chi thẳng đứng bằng băng côn kẽm (colle-dezinc) (Traction colle ... zenith)

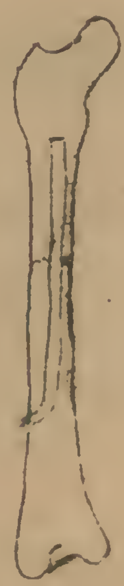
Trên 5 tuổi .

Kéo liên tục qua lồi cầu xương đùi .





Buộc vòng perlon



Đinh nội tủy



Nẹp clingôp cải biên .

56 47

GÃY XƯƠNG BÁNH CHÈ

Là loại gãy xương phạm khớp Dễ cứng khớp gối nếu xử trí không dung .

NGUYÊN NHÂN : Chấn thương trực tiếp · Ngã đập vào đầu gối .

TRIỆU CHỨNG :

1/ Khớp gối sưng to nhanh
2/ Bất lực vận động : nằm ngửa không thể nâng chân .
3/ Điểm đau chói khi ấn vào xương bánh chè .
4/ Nếu gãy có di lệch có thể sờ thấy khi gãy giữa 2 đoạn .



DIỀU TRỊ :

1/ Xử trí ở tuyến :
Phong bế Novocain (chú ý hết sức vô trùng !)
Đặt nẹp cố định và băng chặt (do chảy máu trong khớp) .

2/ Tại bệnh viện .

a) Gãy không di lệch, hoặc di lệch ½ cm .
Bó bột kín có vòng bao quanh xương bánh chè trong 3 tuần rồi tập gập ruỗi đầu gối từ thấp đến cao.



b) Gãy di lệch trên ½ cm : Mổ khâu bánh chè .





DE PHONG BIEN CHUNG : Cứng khớp gối .

1/ Phải chọc hút kỹ máu trong khớp :

- Hết sức vô trùng !
- Sau khi chọc hút : bơm kháng sinh !

2/ Tập vận động sớm khớp gối sau thời hạn cố định

3/ Luôn luôn lên gân cơ tứ đầu và tập vận động thu hồi chức phận cơ tứ đầu dùi chống teo

VO SUN CHEN

Hay gặp nhất là đối với c. . thủ bong đá, các nhà thể thao . Thường phải mổ lấy bỏ toàn bộ sụn chêm bị vỡ .

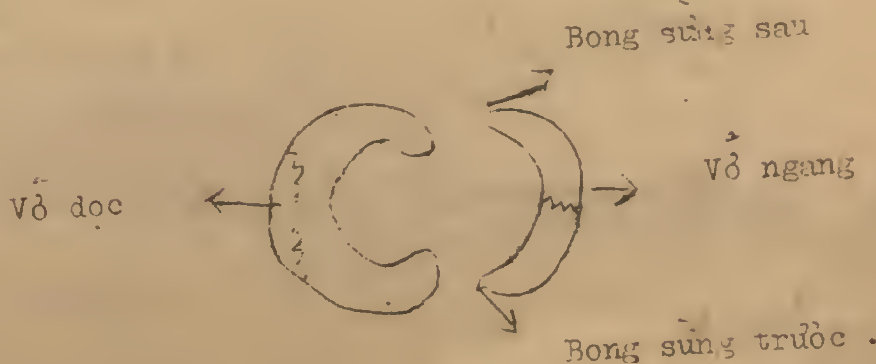
NGUYEN NHAN : Ngã cheo cẳng chân , dầu gối gấp hoặc ruỗi quá mức

Lý thuyết : Sụn chêm tron hay bị vì mỏng và di lộng hơn

Thực tế : Sụn chêm trong và ngoài đều có thể bị . tỷ lệ gần bằng nhau .

TRIEU CHUNG :

- Bất lực vận động ngay sau khi bị nạn .
- Khớp gối nhanh chóng sưng to .
- Đau rất nhiều trong khớp gối . Nhất là khi ấn vào đường liên khớp bên bị .
- Vài tuần sau khi đi được thì xuất hiện triệu chứng kẹt khớp (blocage): đang đi tự nhiên đau chói trong khớp khôn thể duỗi cẳng chân được, cứ phải để nguyên tư thế chân như vậy trong vài phút, kẹt khớp hết và lại đi được .
- Khớp gối từng đợt bị sưng lên (tràn dịch khớp)
- Cơ tứ đầu bên bị teo nhanh .



DIEU TRI :

A/ XU TRI KY DAU :

Phong bế
Bất động cho đến khi hết sửng dau .

B/ XU TRI TIEP SAU .

1/ Nếu chi bong sụn trước hoặc sụn sau nhẹ, biểu hiện kẹt khớp nhẹ .
Dau it ở dường liên khớp .

Lý liệu pháp
Vận động chống teo hoặc phục hồi khả năng cơ tứ đầu dui .

2/ Nếu tổn thưởng sụn chêm nặng hơn (vỡ dọc, hoặc vỡ ngang hoặc bong sụn ...g):
Mổ lấy bỏ toàn bộ sụn chêm bị tổn thưởng .



Rạch theo dường ...



Rạch theo dường Wabon-Jones .

Chú ý trong khi mổ :
- Vô trùng tuyệt dối
- Không làm tổn thưởng mặt khớp
- Không làm tổn thưởng dây chằng (dây chằng bên - dây chằng cheo).

Sau mổ .
- Dặt chi lên giá Braune 10 - 15 ngày
- Nếu có tràn huyết khớp : chọc hút + bơm kháng sinh .

DE PHONG ... CHUNG : Diều trị bảo tồn sớm trong trường hợp bong nhe
Diều trị phẫu thuật sớm trong vỡ nặng vi nếu để lâu :

1/ Cơ tứ dầu teo ngày càng nhiều !
2/ Hư khớp biến dạng khớp gối !
(arthrose difonnante !) .

GÃY MÂM CHÀY

Là loại gãy xương phạm khớp .
Cần mổ kết xương thật sớm, cử động khớp sớm để chống cứng khớp .

CÁC LOẠI GÃY THƯỜNG GẶP:

Gẫy mâm chầy trong
Gẫy mâm chầy ngoài .
Gẫy cả hai mâm chầy



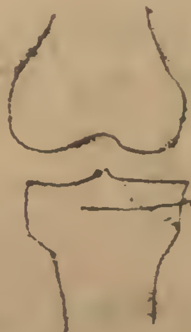
NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ .

Cố định, phong bế tốt gửi nhanh về bệnh viện . Là loại gẫy xương chóng liền, nhưng rất dễ

- Liền lệch vẹo
  Cứng khớp gối .

Do đó phải mổ sớm để ;

- Nắn chính để,
  Vận động khớp sớm



Bắt vis



Bon loong .

GẪY HAI XƯƠNG CẲNG CHÂN

Hay gặp,- Cần xử trí điều trị trước khi chưa xuất hiện nề phù và các nốt phỏng - Điều trị chủ yếu là nắn xương chầy .

NGUYÊN NHÂN :

Chấn thương trực tiếp : Thường gẫy ngang 2 xương cùng mức
Chấn thương gián tiếp : Gẫy chéo hoặc xoắn, không cùng mức.

- Xương chầy gẫy ở yếu điểm : 1/3 dưới .
- Xương mác gẫy cao hơn .

DI LECH :

1/ Chồng lên nhau (1)
2/ Đoạn dưới xoay ra ngoài (2)
3/ Thành góc (3)





TRIEU CHUNG :

Khám sớm :

1/ Bàn chân đổ ra ngoài .
2/ Trục cẳng chân thành góc mở ra sau .
3/ Đoạn trên lồi ra trước, đe dọa chọc thủng da .
4/ Bất lực vận động
5/ Chi ngắn lại .

Khám muộn :

Cẳng chân sưng nề to
Các nốt phỏng thành huyết mạu (siro - sanglanti).

DIEU TRI .

A/ O TUYEN DAU :

1/ Phong bế, bất động .

2/ Chuyển nhanh về tuyến sau , để lâu không lợi ;

- Cổ cọ dau đớn, kéo nắn !
- Di lệch theo chiều dài tăng nhanh (do co cơ)
- Nề phù, rối loạn dinh dưỡng xuất hiện .

B/ O BENH VIEN :

Đặc điểm điều trị :

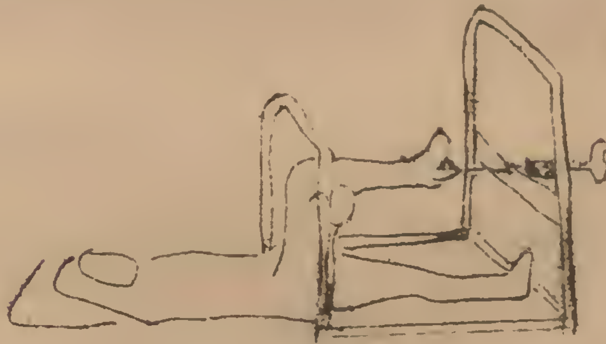
- Gẫy ngang khó nắn nhưng dễ cố định hơn,
- Gẫy chéo dễ nắn hơn, nhưng khó cố định .

1/ Điều trị bảo tồn :

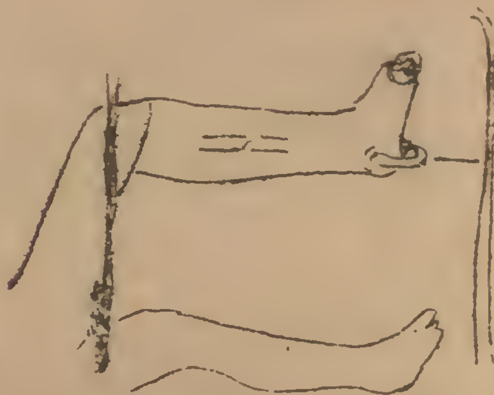
Nắn : Gây tê thất ..t, hoặc gây mê .
Nắn trên khu Bohler .

Gẫy ngang :

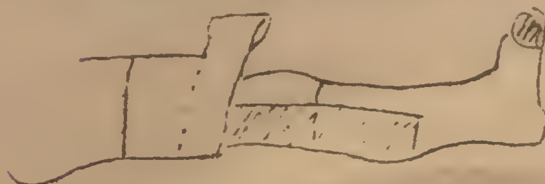
Kéo liên tục qua xương gót trên khung Bohler .



Bó bột trên khung Bohler : Bột đến khoeo .



Sau khi khó bột, bỏ kéo và làm thêm bột đến 1/3 giữa đùi .

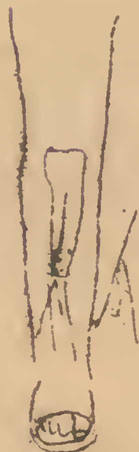


Để bột 10 - 15 ngày cho kiểm tra X quang .

1/ Nếu không có di lệch thứ phát : cho dẫn lên chi rồi dần dần cho chống nạng tập đi, đi sớm có lợi :

- Tạo sức ép giữa 2 đầu xương : chóng liền xương
- Chống rối loạn dinh dưỡng .

2/ Nếu có di lệch thứ phát theo hình góc thì cắt bột theo hình chêm (gypsotonie cunéiforme) .

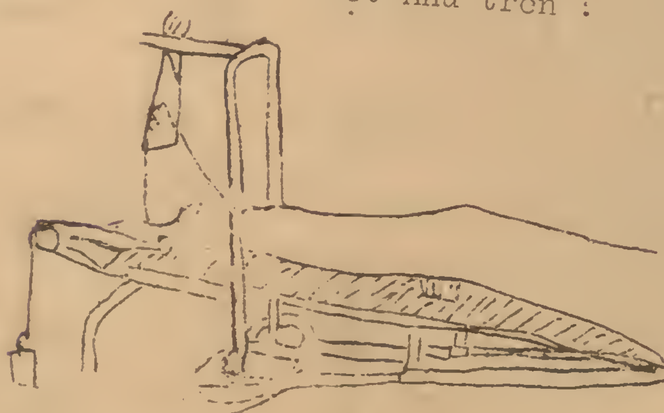






GẪY CHÉO , XOẮN :

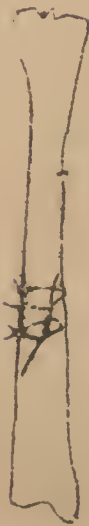
Kéo liên tục 4-5 tuần rồi bó bột như trên :



2/ Điều trị phẫu thuật .

a) Gẫy chéo, xoắn .

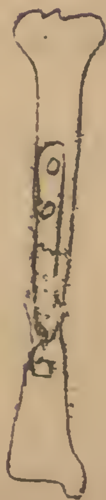
- Buộc vòng quanh
- Bắt vis







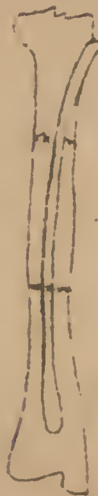
2- gãy ngang - Gẫy 3 mảnh.



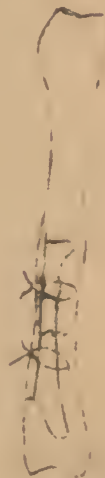
Nẹp Danis



Ghép xuông bắt vis



Đóng danh kuntscher



Nẹp climop cải biên.

GÃY MẮT CÁ

Thường gặp
Phải khám kỹ và nắn chỉnh thật đúng mộng chầy mác.

I.- GÃY MẮT CÁ TRONG :

Là loại gẫy trong bao khớp thường lâu liền hơn gẫy mắt cá ngoài .

Nguyên nhân :

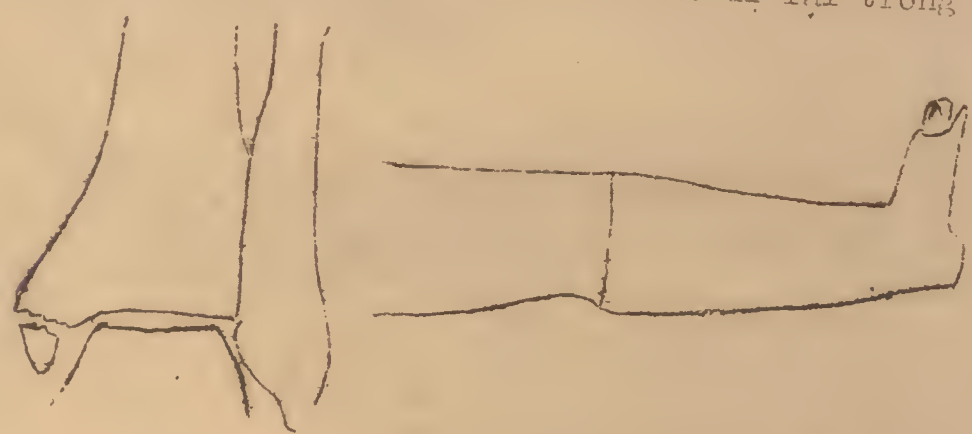
- Chấn thương trực tiếp .
- Ngã chéo bàn chân ra ngoài .

Di lệch : ít, hoặc không di lệch .

Triệu chứng :

- Sưng, đau, tím bầm ở mắt cá trong .

Điều trị : Bột cổ chân bàn chân có đế để đi lại trong 1 tháng



Trường hợp di lệch nhiều nắn không được :
nó bắt vis .



II.- GÃY DUPUYTREN .

Là gẫy mắt cá trong và gẫy xương mác thấp kết hợp với bán sai khớp của cổ chân và bàn chân ra ngoài, có khi có cả bán sai khớp của cổ chân ra sau .



Gẫy Dupuytren cao



Gẫy Dupuytren trung bình .



Gẫy Dupuytren thấp .

NGUYÊN NHÂN CO CHẾ :

Ngã chẹo bàn chân ra ngoài làm gẫy xương mác 1/3 dưới phía trên khớp chầy mác . Xương mác di lệch ra ngoài . Mộng chầy mác doãng ra . Xương sên chệch ra ngoài, dây chằng chầy sên cũng qua mức làm gẫy mắt cá trong . Nếu xương sên chệch ra sau sẽ làm gẫy mắt cá sau (mắt cá Destot) .

TRIỆU CHỨNG:

1/ Dau và bất lực vận động khớp cổ chân . Điểm dau ở xương mác thấp, điểm đau ở mắt cá trong .

2/ Nhát rìu ở phía ngoài, chỗ xương mác gẫy (1) .

3/ Bán sai khớp cổ chân ra ngoài :

&- Bàn chân đưa ra ngoài (2) .

&- Doãng mộng chầy mác :

- Cổ chân rộng ra (Do 2 mắt cá : dài hơn so với bên lành (3) .

- Xương sên đưa sang hai bên được (4) . (Ballottement as tragalien) .

4/ Có thể có bán sai khớp cổ chân ra sau :

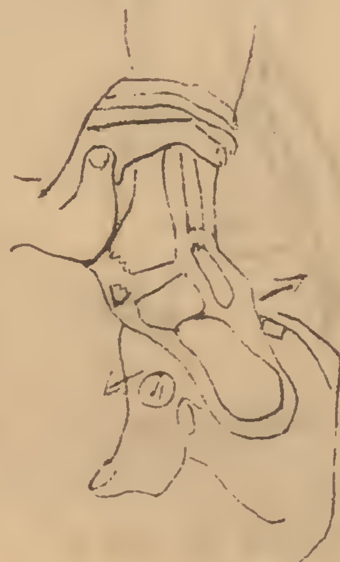
&_ Gót chân như dài ra, bàn chân như ngắn lại (5) .

&- Điểm đau ở mắt cá sau (do gẫy) (6)

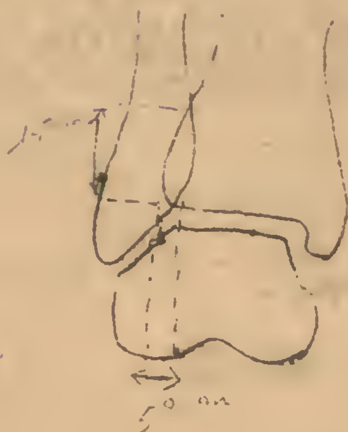
&- Lồi bờ trước đầu dưới xương chầy (pilon tibial) ra trước (7) .

Bán sai khớp cổ chân ra ngoài .



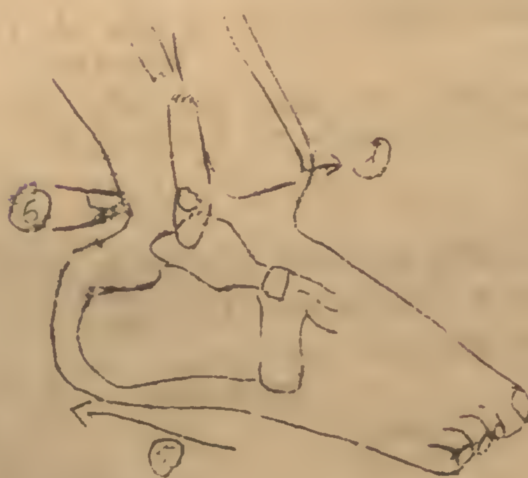


Doãng mộng chày mác .



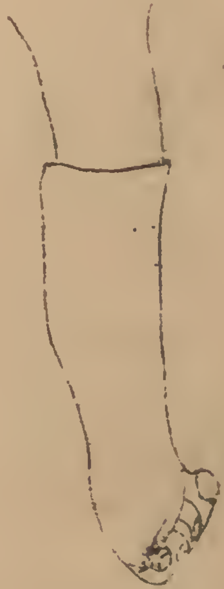


Bán sai khớp cổ chân ra sau :



DIEU TRI :

Nắn và bó bột ở tư thế bàn chân đưa vào trong quá mức (varus forcé)



Bột trong tư thế bàn chân đưa vào trong quá mức.

Nắn không được :
Mổ bắt vis mỏng chày = mác



Không điều trị
Nắn không được

Liền lệch vẹo



Hư khớp biến dạng (arthrose diformante).



Đục xương mác và mắt cá trong trên cal xương



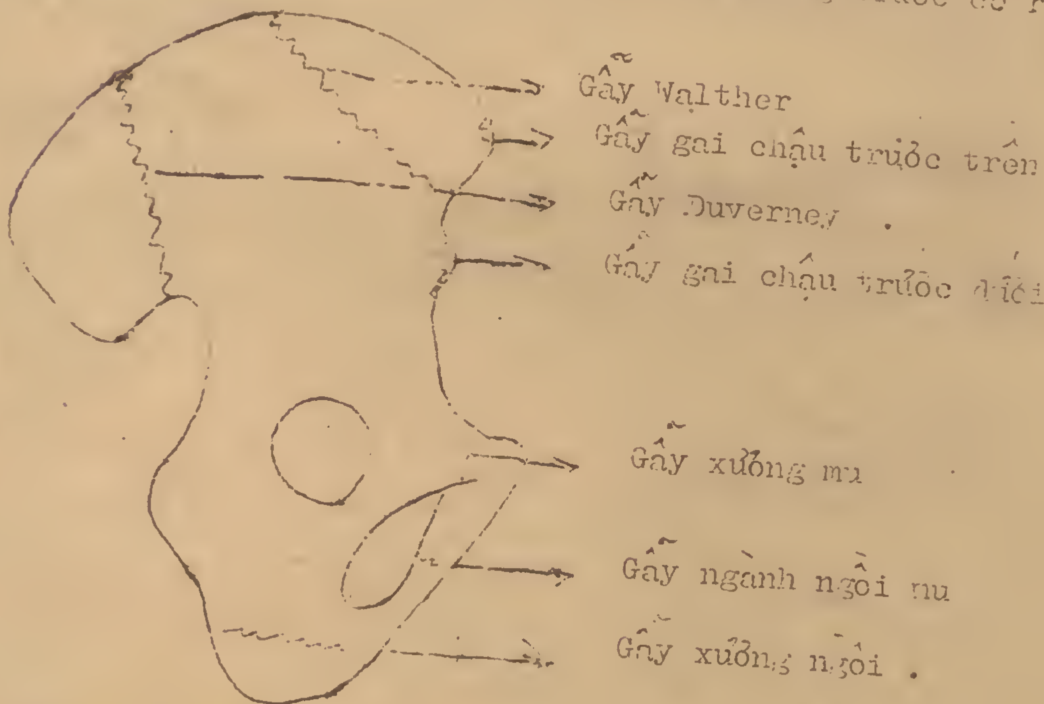
Đẩy mộng chày mác vào trong và giữ bằng bắt vis.

C.. Ủ HONG

G.Y TU.. ..ƯƠNG CHẬU

..UYÊN NH.N :

- Ngã ngồi : gẫy xươn. ngồi, xương mu, ngành ngồi m.. .
- Chấn thương trực tiế. vào cánh chậu : gẫy Walther, gẫy Duverney .
- Cơ co rút bất thình lình (đá bóng, nhẩy cao, nhẩy o.i .....) .
  + Gẫy gai ch.. .. ..ớc trên : do cơ may co rút .
  + Gẫy gai chậu t..ớc dưới : cơ thẳng trước co rú.



DI LỆCH : Thường ít hoặc không di lệch .

TRIỆU CHỨNG : Triệu chứng gẫ. xươn. nói chung .
Chú ý theo rọi ..át hiện choáng !
Chú ý theo rọi khối máu tụ sau phúc mạc đối với gẫy cánh chậu

Theo rõi rách ni.. .. d.o, vỡ bàng quang trong gẫy xương n..., ngành ngồi mu và xương mu .

ĐI.U TRỊ G.Y XƯƠNG:

- Phong bế vào xương chậu 20 - 30cc Novocain 0,25% hoặc phong bế vào khoan. Bogios 300 - 400cc Novoc.in 0,25%

GAY KHUNG CH.U

NGUYEN NH.N :

- Chấn thương trực tiế .mạnh : Tainạn bótó, ótó ....
  Bị ép giữa 2 lực trước sau .

DI LECH : Loại gẫy hay gặp là gẫy Malgaigne :

- Gẫy ngành lên xương ngồi .
- Gẫy ngành ngang xương mu
- Gẫy cánh chậu hoặc bong khớp cùng chậu .

Mảnh gẫy bị kéo lên và bị xoay ra ngoài .

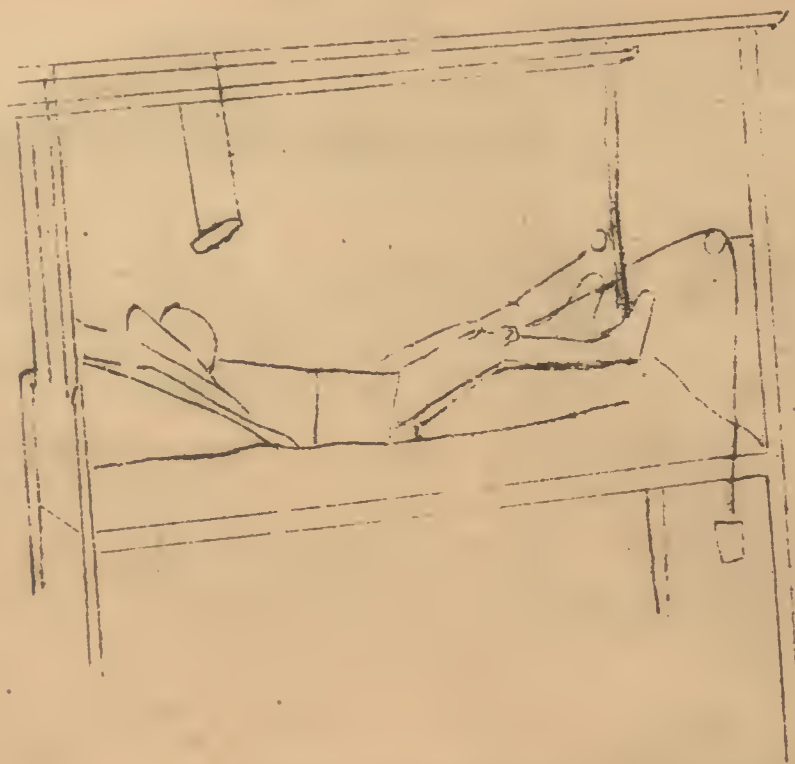


TRIEU CHUNG:

- Khung chậu lệch
- Cần theo rõi và chữa choáng .
- Cần khám kỹ tổn thương nội tạng bụng kết hợp
- Cần khám kỹ bàng quang, niệu đạo .

DIEU TRI : Cần chú ý nắn chỉnh tốt đối với phụ nữ, nhất là tuổi còn đẻ !

- Phong bế xương chậu hoặc khoang Bogros
- Kéo liên tục qua lồi cầu xương đùi hoặc lồi củ trước kéo xương chầy trong tư thế chi dạng 40° .
  Kéo cả 2 bên - Bên lành ít cần hơn .

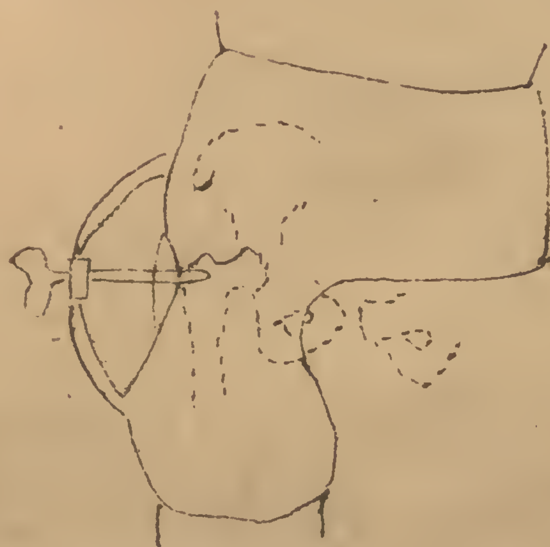


GÃY ĐÁY Ổ KHỚP

Gãy đáy ổ khớp kết hợp với chỏm xương đùi thọc qua ổ khớp vào trong chậu hông. (Fracture par enfoncement du cotyle, hoặc Luxation centrale ; hoặc protrusion acétabulaire).

NGUYÊN NHÂN : Thường thấy ở người trẻ.
Chấn thương mạnh vào mấu chuyển to.

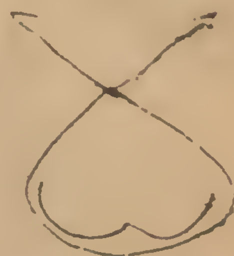




Kéo trong khung Leveuf

TRIEU CHUNG .

- Đau và bất lực vận động khớp hông .
- Chi ngắn lại 3 - 4cm .
- Chi dạng và xoay ra ngoài .
- Mấu chuyển to lồi sâu vào .



DIEU TRI :

- Chửa choáng .
- Phong bế .
- Kéo liên tục qua lồi cầu xương đùi trong ; tư thế đùi dạng 60° hoặc - qua mấu chuyển to trong khung Leveuf .

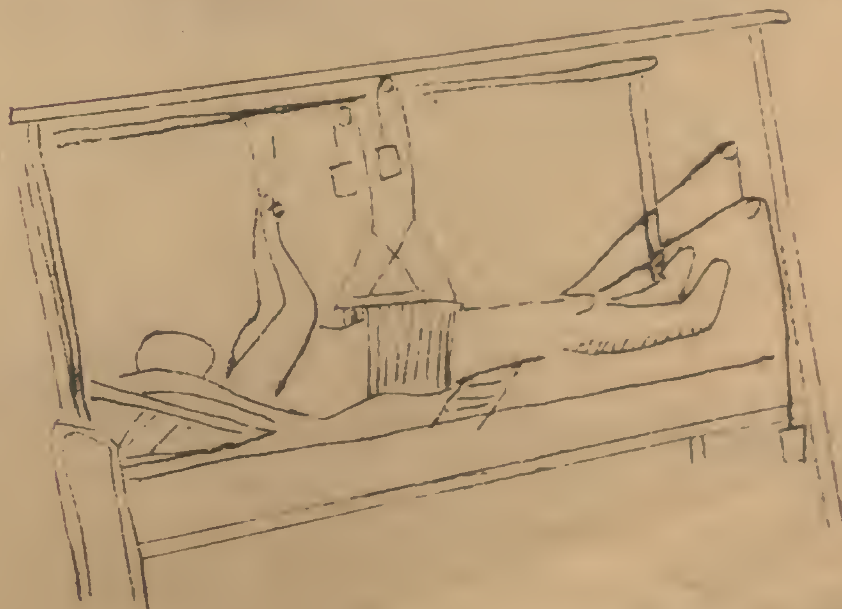
\+ \+ \+

BONG KHOP MU KHOP CUNG CHAU

1/ Nếu chỉ bong khớp mu, chỉ cần ép bằng khăn quàng đặt chéo qua mông .

2/ Nếu vừa bong khớp mu vừa bong khớp cùng chậu thì 1 xương chậu bị rời ra cũng bị kéo lên trên và xoay ra ngoài như trong trường hợp gãy Malgaigne .

DIEU TRI : Vừa ép qua mông như trên .
Vừa kéo xuống qua lồi củ trước xương chày hoặc lồi cầu xương đùi .

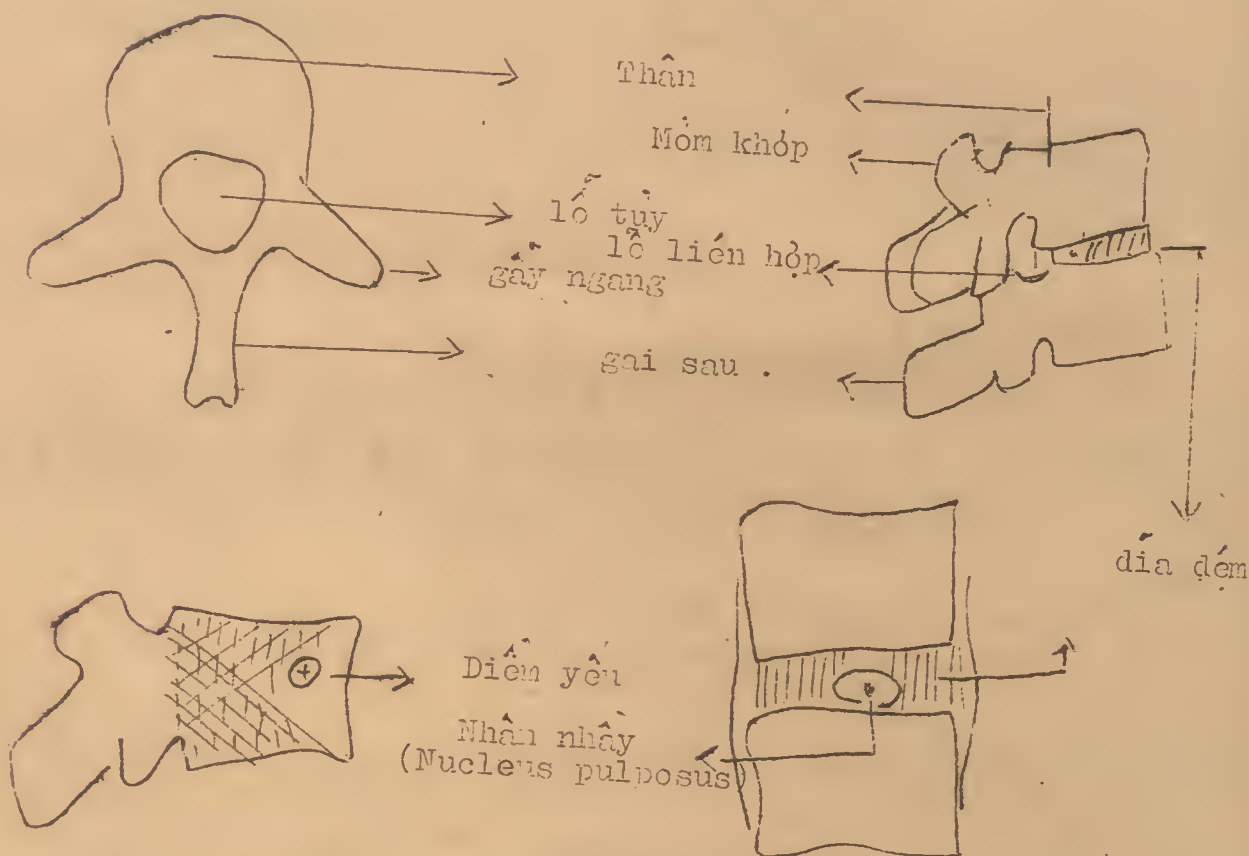


-7v.

GAY COT SONG

Nhắc lại vài điểm giải phẫu :

Đốt sống : Gồm thân, cung, các gai sau, ngang, mỏm khớp, lỗ liên hợp, lỗ tủy , dĩa đệm giữa các đốt sống .



COT SONG : Gồm 33 - 35 đốt .

24 đốt đầu là những đốt rời .

+ 7 cổ
+ 12 lưng
+ 5 thắt lưng .

9 - 10 đốt sau dính liền nhau làm thành xương cùng, xương cụt .

3 Cột sống cổ :

Nơi hay xảy ra gẫy xương sai khớp .

Mặc dầu, ống tủy rộng, nhưng nếu gẫy xương sai khớp nặng tủy sống có thể bị tổn thương gây liệt tứ chi thường đưa đến tử vong .

3- Cột sống lưng :

Nơi hay xảy ra gẫy nhiều mảnh .

ở dây tủy nằm chặt trong ống tủy, chỉ một li lệch nhỏ cũng đủ gây tổn thương tủy sống.

3/ Bản lề lưng thắt lưng (charniere dorso - lombaire).
Nơi hay xảy ra gãy lún (fracture par tassement) thân đốt sống.
Nếu gãy xương có kèm sai khớp, tủy sống cũng bị tổn thương.

4/ Bản lề thắt lưng cùng (charniere lombo - sacree).
Nơi hay xảy ra lồi đĩa đệm (Hernie discale) hoặc đau rễ thần kinh (sciatalgie) do đè ép rễ L_5 hoặc S_1

NGUYEN NHAN GAY COT SONG:

Ngã do trèo cây, trèo cột điện, quét vôi, lộn nhào.
Vật nặng rơi vào lưng khi cúi
Thể thao thể dục : nhảy nhào lộn.
Ngã mô tô, xe đâm vào hoặc quăn tính xe.

TRIEU CHUNG :

1/ Đau. Nhất là khi cử động, khi di chuyển, đau ở đốt bị gãy.
2/ Bất lực vận động cột sống.
3/ Điểm đau ở đốt gãy khi sờ vào.
4/ Biến dạng của gai sống : thường đốt gãy lồi ra, khám thấy một bướu (gibbosite; đốt dưới thường lõm vào, khoảng cách giữa các gai đốt sống thường rộng ra
5/ Nếu có tổn thương tủy sống có biểu hiện liệt 2 chi dưới hoặc liệt tứ chi kiểu trung ương hay kiểu ngoại vi tùy theo vị trí tổn thương

NGUYEN TACXU TRI KY DAU :

1/ Vận chuyển là căn bản ; phải vận chuyển nhẹ nhàng vì
+ Từ chỗ tổn thương nhẹ, vận chuyển không khéo, có thể thành nặng.
+ Từ chỗ chưa có di lệch --> có thể thành di lệch thứ phát
+ Từ chỗ chưa có tổn thương tủy sống ---> có thể tổn thương tủy sống.
+ Từ chỗ tổn thương tủy sống cỏ nặng ---> có thể thành tổn thương giải phẫu.

2/ Không được bế hoặc vác nạn nhân ; vận nhẹ nhàng, lên cáng
3/ Nằm ngửa trên ván cứng. Nếu gãy cột sống cổ, đặt 2 gối chặn hoặc 2 túi cát 2 bên cổ để giữ cho cổ không di động trong khi chuyển.

4/ Chuyển vận nhẹ nhàng và nhanh chóng về bệnh viện.

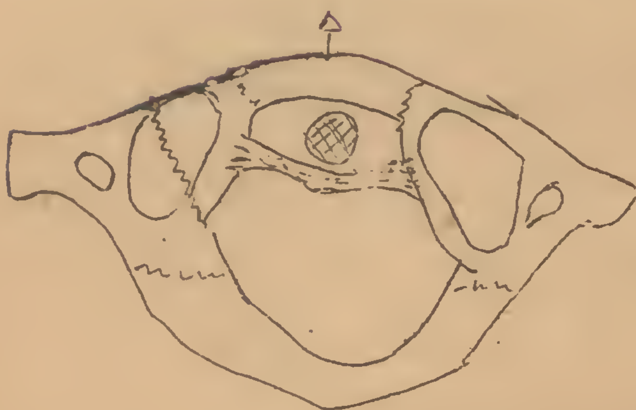
GAY COT SONG KHONG CO TON THUONG TUY
-:-:-:-:-:-:-:-:-.-:-:-:-:-:-

I.- GAY COT SONG CO.

A/ GAY C1 (atlas).

- Gẫy cung trước (aa)
- Gẫy cung sau (bb)
- Gẫy qua diện khớp (cc)

} Thường cung trước di lệch ra trước, cung sau di lệch ra sau.





B/ GAY C2 (axis).

- Thường gẫy cung sau.
- Hoặc gẫy mỏm dội (apophyse odontoide).

Dặc diểm của gẫy C1 C2.

1/ Thường bị ngất tức thời (syncope initiale) do kích thích hành tuỷ.

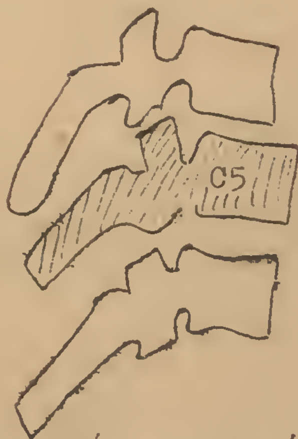
2/ Gẫy odontoide không di lệch rất khó phát hiện dấu tiên. Thường bị di lệch thứ phát vì do đó tổn thương tuỷ ở đây cũng có thể xuất hiện muộn: sau chấn thương 2 - 3 tháng, có khi 5 năm - 15 năm sau.

Bởi vậy phải theo rõi tổ thương tuỷ sống trong một thời gian khá lâu dài.



C5 - C6 :

- Thường hay bị sai khớp.
- Hoặc gẫy lún thân đốt.



Sai khớp C5 ra trước



Sai khớp C6


Gẫy lún C5

DIEU TRI :

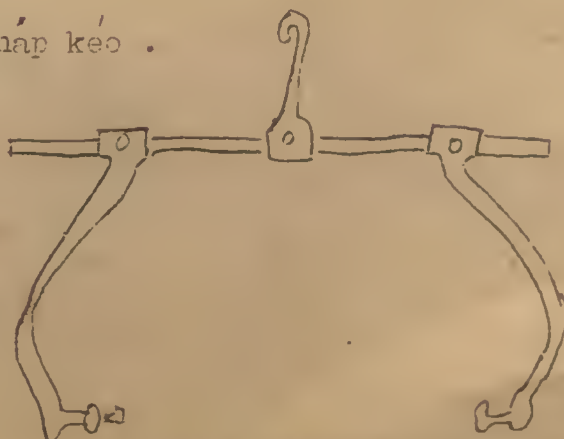
Kéo liên tục : 1 tháng - 1 tháng rưỡi (đối với bán [illegible] hoặc gẫy lún) sau đó [illegible].

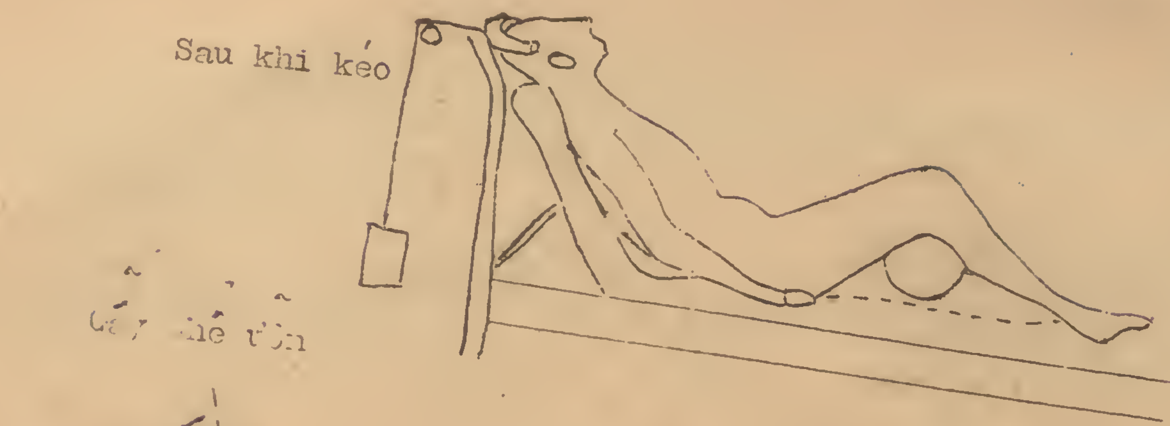
Gẫy thế gập




Hướng kéo liên tục

Phương pháp kéo .


Dụng cụ Crutchfield .



Gãy thế ưỡn



Hướng kéo



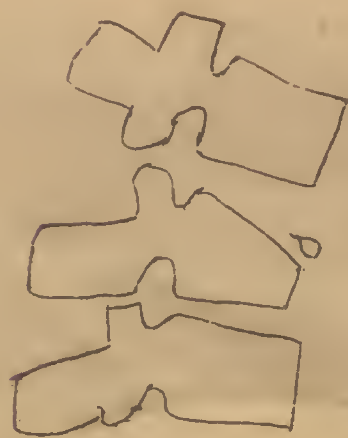






II.- GAY COT SONG LUNG THAT LUNG.

Thường hay gãy lún hoặc gãy lún + gãy góc





NGUYEN TAC DIEU TRI :

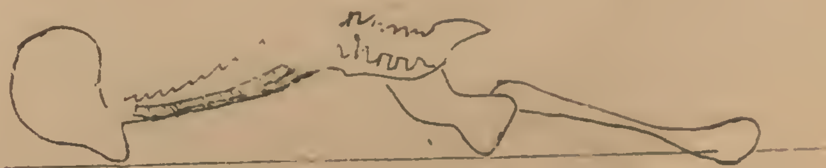
1/ Nắn chỉnh bằng kéo trong tư thế lưng uốn quá mức (hyperlordose) .

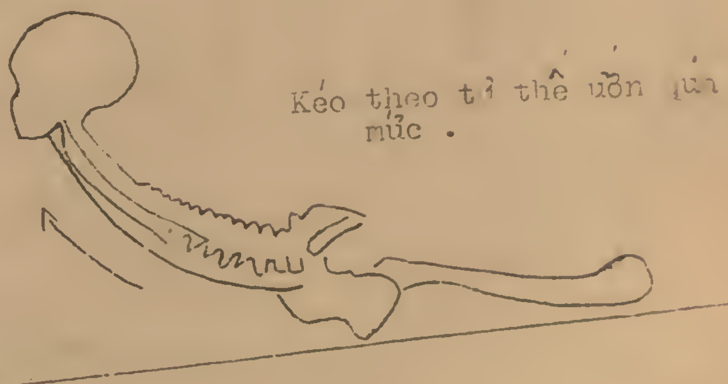
2/ Bất động sau nắn .

3/ Vận động liệu pháp tích cực và thường xuyên .

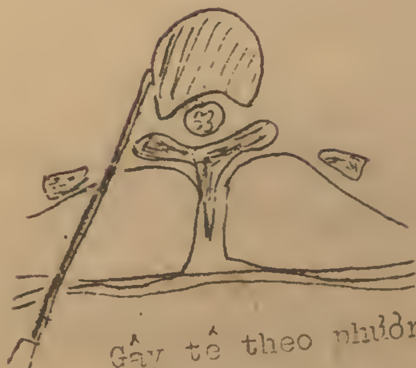
PHUONG PHAP NAN :

1/ Nắn chỉnh ngay 1 thì : bằng cách kéo nắn nhân trong tư thế uốn lưng quá mức trong 20 phút - 1/2 giờ rồi cố định bằng áo bột .





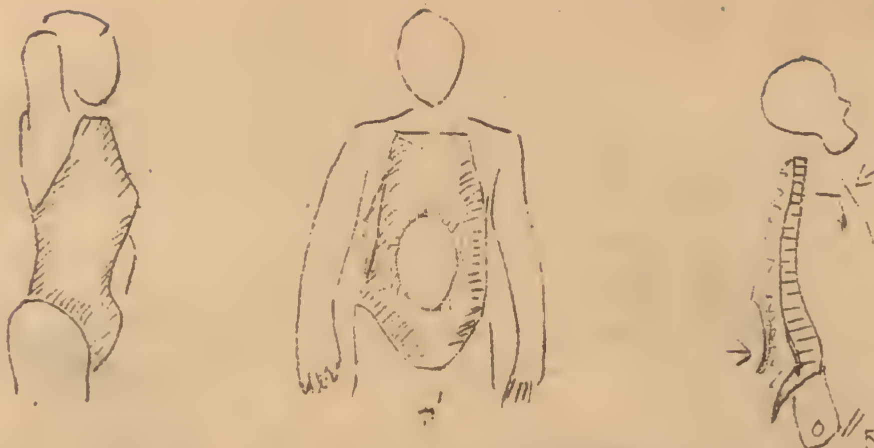
Kéo theo tư thế uốn quá mức .



Gây tê theo phương pháp Schneck .



Bộ áo bột sau khi nắn xong :



Từ đấy một quá trình tập vận động bắt đầu.

2/ Nắn chỉnh từ từ trong [illegible] tuần bằng đặt nạn nhân nằm vị để gối có cạnh ở đốt sống khi gãy rồi tăng dần độ cao của gối ([illegible] pháp [illegible]) .



Sau 2 tuần bó áo bột trong tư thế ưỡn quá mức.



Và sau đó cho bệnh nhân tích cực tập vận [illegible] .

ĐIỀU TRỊ các biến chứng [illegible] gặp .

- Bí đái : [illegible] ine + thông đái .
- Chướng bụng và [illegible] trung tiện (hội chứng bán liệt ruột
  + Thanh huyết mặn ưu trương 100^{cc} - 200^{cc} giỏ giọt hậu môn : 40 - 5[illegible] giọt trong 1 phút .

GAY COT SONG CO TON THUONG TUY

I.- NGUYEN NHAN TON THUONG TUY :

1/ Chấn động tủy (commotion médullaire): liệt nhẹ, thoáng qua .
2/ Tủy bị kéo dài (élongation médullaire)
3/ Dụng dập tủy (contusion médullaire)
4/ Chảy máu trong ống tủy (Hématorrachis)
5/ Dị ép tủy do mảnh xương .
6/ Đứt ngang tủy (section médullaire) .

II - BIEU HIEN LAM SANG CUA TUNG DOAN TUY BI TON THUONG:

A/ ROI LOAN VE TUY SONG :

a) Tổn thương từ C1 - V4 .
- Liệt tứ chi kiểu cuồn, cơ + Rối loạn ỉa đái .

b) Tổn thương C5 - C8 ;
- Liệt mềm 2 chi trên
- Liệt cứng 2 chi dưới } + Rối loạn ỉa đái .

c) Tổn thương sốn ; lưng :
Liệt cứng 2 chi dưới + Rối loạn ỉa đái .

d) Tổn thương sống thắt lưng
liệt mềm 2 chi dưới . + Rối loạn ỉa đái .

B/ ROI LOAN THAN KINH THUC VAT :

a) Rối loạn hô hấp .
Khó thở + nhiều rên ướt , có thể phù phổi cấp (OAP)

b) Rối loạn tim mạch
Huyết áp có thể hạ - Tim nhanh .

c) Rối loạn ổ bụng :
Bụng chướng hoặc co cứng - Dãn cấp dạ dày .

d) Rối loạn đồng tử
Co hoặc giãn cả 2 bên .

III.- BIEN CHUYEN :

Đối với tổn thương cơ năng (lesion fonctionnelle) có khả năng hồi phục (tổn thương cơ năng : khi tủy sống chỉ bị chấn động hoặc dụng dập đơn giản, không gây huỷ hoại tổ chức tủy) .

Doi với tổn thưởng giải phẫu (lesion anatomique) không thể hồi phục được . Nhưng vào khoảng 3 tuần sau thì xuất hiện tu dong tủy và tự động bàng quang .

IV.- C[illegible] DE PHONG BI[illegible]N CHU[illegible]G:

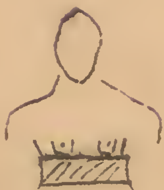
Loét :

Nhiễm trùng bit niệu .
Nhiễm trùng hô hấ[illegible]

V.- DI[illegible]U TRI .

A/ SO CUU :

1/ Vận chuyển vấn [illegible] [illegible]n bản (xem phần trên) .
2/ Chống 3 nguy cơ đe [illegible]ọa tử vong :



- Choáng chấn thưởng
- Choáng tủy sống .
- Rối loạn th[illegible] kinh thực vật, dặc biệt rối loạn hô hấp ; Nếu liệt cơ liên sườn gẫy khó thở : quấn bang chặt dưới vụ để cơ hoành có thể làm việc được cứ 24 giờ quấn chặt thêm cho thở Oxy uống gardinal tiêm Novocain 1[illegible] 10 - 20cc tĩnh mạch . 5 - 6 giờ 1 lần .

B/ DI[illegible]U TRI TAI B[illegible]NH VI[illegible]N :

1/ Nguyên tắc : Cấp cứu càng sớm càng tốt để tránh cho tủy từ tình trạng tổn thưởng cơ năng thành tổn thưởng giải phẫu không hồi phục (vì về lâm sàng không biết thế nào là tổn thưởng cơ năng hay tổn thưởng giải phẫu).

2/ Phưởng pháp : Nhiều phưởng pháp khác nhau tùy nơi, tùy mức độ tổn thưởng và tùy từng tác giả .

- Ổ cổ : + Kéo Cr[illegible]tchfield
+ Sau đó bó bột hoặc mổ cố định tùy theo [illegible] tổn thưởng .

- Lưng thắt lưng.
+ Kéo nắn 1 thì hoặc từ từ như trên về sau nằm giường cứng hoặc mổ cố định .

- Nếu có mảnh nhọn dâm vào tủy : mổ giải thoát (laminectomie) .

3/ Điều trị các biến chứng :
a) Chống loét :

- Vệ sinh các điểm tì
- Dinh dưỡng tốt . } Vấn khó tránh được .
- Cắt lọc - Băng dầu cá .
- Chạy cực tím ([illegible]) .

2/ Chống bí đái :

- Thường đái nhắt với hoàn cảnh ta vẫn là lựt ống thông tại chỗ .
- Ít khi mở bàng quang (vì gây hội chứng bàng quang nhỏ) .
- Có điều kiện dùng phương pháp Siphonage .

3/ Chống bí đái .

Móc phân . Uống Paraffin - thụt dầu ricin .

+

+ +

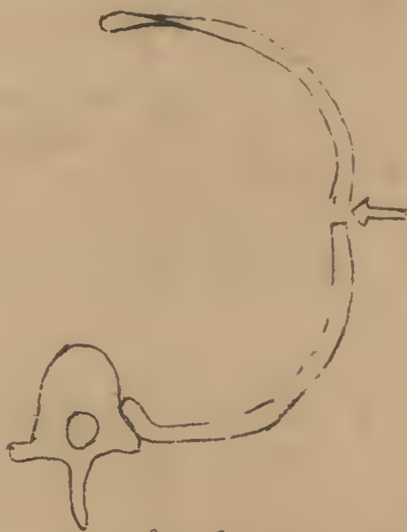
GÃY XƯƠNG SƯỜN

Thường gặp ở người lớn .

Hai loại gãy .

1/ Gãy vào trong : do chấn thương trực tiếp .

2/ Gãy ra ngoài : do sức chấn thương (ép) từ trước ra sau làm tăng qúa mức độ cong xương sườn .





TRIỆU CHỨNG :

- Đau tại chỗ gãy, đau tăng khi :
  + Thở
  + Hắt hơi, ho
  + Sờ trực tiếp vào ổ gãy
  + Ấn lồng ngực theo chiều trước sau .
- Khó thở vì đau .

ĐIỀU TRỊ.

- Phong bế xương sườn .
- Nằm nghỉ 10 - 15 ngày . Liền xương sau 20 - 30 ngày .

Chú ý : chống đau để thở dễ . Phải hướng dẫn nạn nhân tập thở và vệ sinh răng miệng tốt để tránh biến chứng hô hấp : Phế viêm ứ đọng [illegible] .

PHUC HOI VAN DONG VÀ LAO DONG GAY XUONG

TÊN XUONG GAY	Thời gian liền xương theo Merle d'Aubigné (1960)	Thời hạn cố định tối thiểu — Theo Merle d'Aubigné (1960)	Thời hạn cố định tối thiểu — Theo Bongahot (1952)	Thời hạn fục hồi vận động (Bongahot)	Thoi h... fuc hoi lao dong (Bongah...
Xương mac			1 tháng	1-1½ tháng	1½-2 th
Xương chầy			1½-2 thg	2-3 thang	2½-3 th
Thân 2 xương cẳng chân.	2 tháng	3 tháng	3-3½ thg	3-3½ thang	3 - 4 th
Mắt ca ngoài .			4-5 tuần	5-6 tuần	6 - 7 t
Mắt ca trong			6 tuần	6-7 tuần	7-? tuần
Hai mắt cá .					
Có bán sai khớp .	45 ngày	2 tháng	2-2½ thg	2½-3 thang	3-3 ½
Không bán SK .			1½-2 thg	2-2½	2 tháng
Xương sế .			2-2− thg	3 - 3 ½	3 - 4
Xương gót			3 tháng	3-4 tháng	3½ - 4 t
Cac xương tụ cột bàn chân .			1½-2 thg	1½-2 thang	2-2 ½
Các xương bàn chân			1½-2 thg	1½-2 thang	2-2 ½
Đốt ngón chân			3 tuần	3-4 tuần	5-6 tuần
Xương đòn	3 tuần	3 tuần			
Xương bả vai .		2 tuần			
Cổ xương bả vai .		3 tuần			
Xương chậu .					
Khung chậu :	2-3 tháng	2 - 3 tháng	7-8 tuần	7-8 tuần	3-5 than
- Gẫy thường	2-3 tuần	3 tuần	2-4 tuần	2-5 tuần	4-6 tuần
- Gẫy ổ khớp		2-? tháng	2-3 thg	2 ½ tháng	3-5 thán

NGO[illegible] : Thoi han lie[illegible] xuong, co dinh cua cac loai, Cl[illegible]. [illegible]/ [illegible]

PH[illegible]N TH[illegible] KH[illegible]O

THOI HẠN LIỀN XUONG, CO DỊNH CỦA CÁC LOAI

TÊN XUONG GÃY	Thời gian liền xương theo Merle d'Aubigne (1960	Thời hạn cố định tối thiểu: Theo Merle D'Aubigne (196[illegible])	Thời hạn cố định tối thiểu: Theo Bopgahot (1952)	Thời hạn phục hồi vận động (Bopgahot)	Thời hạn phục hồi lao động Bopgahot
XUONG CÁNH TAY					
Có phẫu thuật / Cổ giải fẫu (Xg. cánh tay)	1 tháng	45 ngày	1 tháng	1 tháng [illegible]-2 tháng	2 : 2 th[illegible]
Thân xương cánh tay	4[illegible] ngay	2 tháng	$2\frac{1}{2}$-3 tháng	$2\frac{1}{2}$- 3 thg	3-3[illegible] thg
Trên lồi cầu – Ngoài khớp	1 tháng	1 tháng	1-$1\frac{1}{2}$ tháng	1-1thg $\frac{1}{2}$	1-$1\frac{1}{2}$ thg
Trên lồi cầu – Trong khớp			2 tuần	1-2 tháng	2-$2\frac{1}{2}$ thg
XUONG CẲNG TAY					
Thân xương trụ	2 tháng	2 tháng	2 tháng	2-$2\frac{1}{2}$ tháng	$2\frac{1}{2}$-3 thg
Thân xương quay			$1\frac{1}{2}$- 2 tháng	2 tháng	3-$2\frac{1}{2}$ thg
Thân 2 xương	2 tháng	3 tháng	2-$2\frac{1}{2}$ tháng	$2\frac{1}{2}$-3 thg	3-$3\frac{1}{2}$ thg
Gãy Colles			3 tuần	1-$1\frac{1}{2}$ thg	$2\frac{1}{2}$ tháng
Các X.tụ cốt cổ tay.			$1\frac{1}{2}$-2 tháng	1 thg $\frac{1}{2}$	$2\frac{1}{2}$ tháng
Các xương bàn tay			1 tháng	1-$1\frac{1}{2}$ tháng	$1\frac{1}{2}$-2 thg
Đốt ngón tay .			2 tuần	1 tháng	1-$1\frac{1}{2}$ thg
XUONG DUI .					
Cổ xương đùi					
- Trong bao khớp	3 tháng	4 tháng	6 tháng	6-7 tháng	8-10 tháng
+ Ngoài bao khớp			3-4 tháng	4 tháng	5-6 tháng
Thân xương đùi	2 tháng	3 tháng	3-$3\frac{1}{2}$ tháng	4-$4\frac{1}{2}$ tháng	5-$5\frac{1}{2}$ thg
Đầu dưới xg đùi	3 tháng	3 tháng			
Lồi cầu xương đùi			1 tháng	$3\frac{1}{2}$-$4\frac{1}{2}$ thg	4-5 tháng

15/1/1964 .

Hồng 5-11

THỦNG DẠ DÀY TÁ TRÀNG
(CHẨN ĐOÁN và ĐIỀU TRỊ)

I

I. CHẨN ĐOÁN BỆNH.

Thủng dạ dày tá tràng là một biến chứng của bệnh loét dạ dày tá tràng và là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp.

A) Bệnh nhân thường được đưa đến bệnh viện với một số triệu chứng rất khêu gợi.

1. Cơn đau bụng.

- Dữ dội như dao đâm: lăn lộn đau đến nỗi có thêm chứng choáng kèm theo (vẻ mặt tái nhợt, ra mồ hôi, mạch nhỏ, huyết áp thấp, vv...

- Đau nhiều nhất ở vùng thượng vị, đau lan rộng (nếu bệnh-nhân đến muộn).

- Đau thường xuất hiện sau buổi ăn.

2. Bí trung tiện và đại tiện.

Không đi ỉa được, không đánh rắm được; triệu chứng này càng rõ rệt nếu bệnh nhân đến muộn.-

3. Ít hay không nôn mửa.

4. Có tiền sử đau dạ dày: ở đa số bệnh nhân.

B) Khám bệnh nhân, sẽ thấy:

1. Về toàn thân:

- Vẻ mặt đau đớn, khổ sở, lo âu, có thể bị choáng ở mức độ khác nhau.

- Mạch nhanh: nhỏ yếu; càng đến muộn thì mạch càng nhanh (viêm phúc mạc).

- Nhiệt độ bình thường nếu đến sớm và sốt 38° hay 38°5 (nếu đến muộn, có viêm phúc mạc rồi).

2. Ở vùng bụng:

a/ Nhìn: - Bụng nhẵn trên rốn không máy động theo nhịp thở.
- Lép sát trong những giờ đầu.
- Hay đầy hơi chướng, (nếu bệnh nhân đến muộn, với tình trạng liệt ruột).

b/ Sờ: - Triệu chứng co cứng thành bụng (sờ có cảm-giác thành bụng cứng như gỗ, nhất là ở vùng bụng trên. Ở mức độ nhẹ hơn triệu chứng Sét-kin,

Bờ - lom - be (ЩЁТКИН БЛОМБЕРГ) bàn tay ấn từ từ sâu vào vùng thượng vị, bệnh nhân có cảm giác đau vừa, còn chịu được ; nhưng bàn tay rút lên đột ngột sẽ khêu gợi một cơn đau, làm khổ sở bệnh nhân và phản ứng tự vệ của thành bụng (ấn sâu, thành bụng sẽ co cứng để chống lại sự thăm dò, làm cho họ đau đớn.

c/ Gõ. - Vùng mạng sườn phải trước gan kêu vang, chứng tỏ có hơi xì ra trong bụng.
- Bình thường vùng gan đục.

d/ Nghe : Nhu động ruột mất đi hay rất yếu (chứng tỏ là ruột bị liệt vì viêm phúc mạc).

3. Các nhân điều nguyên thêm về hoá nghiệm cho biết:

- Hồng cầu, huyết sắc tố có thể bình thường.
- Bạch cầu tăng 10.000 - 20.000
- Công thức bạch cầu thay đổi :
  + Đa nhân trung tính tăng.
  + và Stab tăng.

4. Chiếu bụng (không chuẩn bị) thấy có liềm hơi ở dưới cơ hoành.

Chú ý :

- Có khi gặp phải trường hợp khó chẩn đoán.
- Bệnh nhân già, yếu, gầy, không còn đủ thể lực nên 2 bắp cơ thẳng lớn yếu quá, nhờ không có hiện tượng co cứng như gỗ ở bụng được.
- Có người không biết mình bị bệnh này từ bao giờ, không có tiền sử đau. Một số trường hợp trẻ tuổi, vết loét còn non mà cũng thủng.
- Có những trường hợp không có liềm hơi, nhưng vẫn là thủng dạ dày.

Gặp trường hợp này, phải có kinh nghiệm, nên có người từ 2 y sinh trở nên hội chẩn. Nếu được có các đồng chí giàu kinh nghiệm thì càng tốt. "Già giặn trong chuyên môn, các bác sĩ ấy có nhiều kinh nghiệm nhất.

Phải giải quyết làm sao càng sớm càng tốt cho bệnh - nhân, nên phải "Chẩn đoán cho chính xác".

II. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ THỦNG DẠ DÀY TÁ TRÀNG.

A) Hồi sức cho bệnh nhân.

1. Giảm đau : Atropine 1/4 mg I ml dưới da (d/d),
   hay Bromatropine 1/4 mg 5 ml tĩnh mạch (t/m)

Khi có chẩn đoán rõ, có thể tăng thuốc giảm đau :
- Promédol 0,025 mg 5 ml dưới da.
- Morphine 0,1 (nếu đau quá) I ml dưới da.
(Thứ này, tuyệt đối không dùng khi chưa chẩn đoán rõ bệnh).

2. Huile camphrée : 2 ml dưới da (hay Coramine).
3. Thanh huyết ưu chương ngọt 20 ml }
Sinh tố B_1 0,025 2 ml } tĩnh mạch.
Sinh tố C 0,100 2 ml }
4. Thanh huyết đẳng chương : - Mặn 0l 500
- Ngọt 0, 500
5. Kháng sinh : - Pénicilline 200.000 đơn vị.
- Streptomycine 1/2 gr.

B) GÂY MÊ hay GÂY TÊ.

- Ngay sau khi xác chẩn thủng dạ dày tá tràng, mời người phụ trách gây mê đến để góp ý kiến và chuẩn bị phẫu thuật.

- Nếu bệnh nhân huyết áp tốt, bình thường thể trạng tốt, có thể áp dụng Gây tê tủy sống bằng Porcaine.

- Nếu sức khỏe bệnh nhân suy kém nên gây mê nội khí quản với Éther, Penthotal và Curare.

C) CÁCH XỬ TRÍ PHẪU THUẬT.

1. Cắt đoạn dạ dày ngay (gastrectomie d'emblée), nếu có các điều kiện sau đây :
a) Thể trạng bệnh nhân tốt, huyết áp bình thường.
b) Bệnh nhân đến sớm trước 6 giờ, tuổi khoảng 30 - 50.
c) Ổ loét to, sơ chai.
d) Điều kiện tổ chức : có phòng mổ và trang bị đầy đủ.
đ) Điều kiện kỹ thuật : phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ dạ dày.

2. Khâu lỗ thủng, nên áp dụng cho :
a/ Bệnh nhân già yếu tuổi cao > 50
b/ Bệnh nhân còn trẻ < 25 (ổ loét còn non quá).
c/ Bệnh nhân đến muộn : Viêm phúc mạc quá rõ ràng.

D) Kỹ thuật khâu lỗ thủng dạ dày.

1. Lỗ thủng nhỏ : Bịt với một mối khâu túi bằng catgut : vùi với I hàng mối khâu rời kiểu Lambert "chỉ không tiêu" theo chiều ngang dạ dày tá tràng.

2. Lỗ thủng to hơn : Bịt với I mối khâu hình số 8 hay hình chữ X, vùi với I hàng mối khâu rời Lambert "chỉ không tiêu" và phủ thêm với mạc nối lên trên chỗ khâu.

3. Lỗ thủng quá to : Chai cứng không khâu được. Áp dụng phương pháp Pô-li-các-pốp (ПОЛИКАРПОВ) bịt lỗ thủng với mạc

nối lớn hay phương pháp NEWMANN đặt ống xông dẫn lưu dạ dày xuyên qua lỗ thủng.

Chú ý :

- Kiểm tra kỹ : Đừng bỏ xót lỗ thủng thứ 2, không khâu ở phía sau dạ dày.

- Lau ổ bụng thật sạch: Đặt mét (mèche) hay xông (sonde) ở bụng.

- Lau sạch với gạc thấm ướt, chú ý lậu.
- d/ cơ hoành.
- d/ gan.
- d/ 2 hố chậu.
- d/ túi bịt Douglas.

Nếu lau sạch bụng thật bảo đảm có thể không dùng mèche, mà đóng kín thành bụng chỉ đặt I ống cao su nhỏ để bơm kháng-sinh 3 ngày đầu vào vùng mổ ở ổ bụng, rồi rút ra sau 3 ngày.

Trước khi đóng kín thành bụng lại, nên để vào bụng các thứ thuốc sau đây :

- Streptomycine I gr.
- Pénicilline 200.000 đơn vị.
- Novocaine 0,25 %

E) SĂN SÓC SAU KHI MỔ.

1. Hút liên tục dạ dày.

2. Phòng và chữa choáng trong 24 giờ đầu theo rõi mạch, lấy huyết áp 2 - 3 giờ I lần cho thuốc trợ tim mạch. Truyền máu nếu cần và cho các loại huyết thanh ngọt, mặn, đẳng chương và ưu chương, Dextran, vv...

3. Chống nhiễm trùng.

Cho thuốc kháng sinh và sinh tố B_1 - C.

4. Phục hồi nhu động ruột.

- Huyết thanh mặn ưu chương (20 ml t/m sáng và chiều).

- Hay là Prostigmine I ml d/d sáng và chiều có thể áp dụng châm cứu hay thụt tháo bằng dung dịch muối ưu chương.

--- oOo ---

18/3/1963

Hồng
AI I

TẮC MÔN VỊ
(STÉNOSE DU PYLORE)

I/ TRIỆU CHỨNG.

A) GIAI ĐOẠN I.

1. Chức phận :

a) Đau : - Đau nhiều nhất là vùng thượng vị.
- Đau ở thượng vị, giữa hoặc bên trái hay bên phải.
- Ăn vào là khó chịu, đau ngay.
- Thường khi 2 - 3 giờ sau mới đau.
- Đau như thắt, bóp dạ dày và ruột lại.

b) Nôn : - Mới đầu, thỉnh thoảng nôn.
- Sau rồi nôn hàng ngày, nôn liên tục.
- Nôn ra thức ăn, nôn ra nước.
- Nôn ra dịch vị, nôn ra nước, mầu vàng hay xanh (nước mật).
- Ăn gì nôn ra cái ấy.
- Có khi phải móc họng cho nôn ra mới dễ chịu, mới hết đau.
- Nôn ra thức ăn cũ từ hôm trước (hỏi xem bệnh - nhân ăn gì bữa hôm trước).

2. Triệu chứng vật thể :

- Do dạ dày bị giãn to nên vùng thượng vị nổi vòm (voussure abdominale).
- Nhìn : làn sóng nhu động từ bên trái sang bên phải.
- Ở thượng vị, có lúc bụng căng "như quả bóng", có lúc lại mềm như thường.
- (Dạ dày vượt chướng ngại)
- Sáng sớm, không ăn, lắc bụng kêu "ong óc" (clapotage à jeûn).
- Hút nước dạ dày được nhiều và có khi có cả mảnh thức ăn nữa.

B) GIAI ĐOẠN 2 (nặng) :

- Dạ dày không vượt được chướng ngại vật.
- Dạ dày giãn nhiều.
- Đau có khi giảm hơn trước.
- Nôn ra nhiều hơn, ăn vào là nôn.
- Bệnh nhân gầy yếu, thiếu nước và thiếu chất đạm (do nôn ra nước nhiều).
- Nếu tình trạng trên kéo dài, bệnh nhân sẽ chết vì : không ăn được, rối loạn dinh dưỡng, phù nề, bần - huyết, vv...

II/ CHẨN ĐOÁN.

1. Lâm sàng : Dựa vào :

- Tiền sử đau dạ dày.
- Cơn đau bụng nhiều ở vùng thượng vị đi đôi với chứng :
  + Nôn ra thức ăn sau bữa ăn.
  + ...

III

TAC RUOT VA LONG RUOT
=0=0=0=0=0=0=0=0=0=

MUC DICH YEU CAU .

1/ Nắm được triệu chứng tắc ruột hay lồng ruột để chẩn đoán được bệnh .

2/ Hiểu rõ nguyên nhân để biết phương pháp điều trị tắc ruột .

I.- DAI CUONG /

Tắc ruột là một hội chứng cấp tính về ngoại khoa do tình trạng phân và hơi trong ruột không lưu thông được . Tắc ruột có thể thấy ở tất cả mọi người; đàn ông, đàn bà, kẻ già người lớn và nhất là trẻ con thường hay thấy. Do nhiều nguyên nhân phức tạp gây nên .

II.- NGUYEN NHAN :

Có 2 loại nguyên nhân :

A/ NGUYEN NHANCOHOC .

a) Tắc ruột do nút bít, lòng ruột lại (obturation).

- Dun dũa (nhiều từ 100 ----> 900 con)
- Sỏi mật ở trong ruột .
- Tao : phân cứng bít nút lòng ruột lại. (do nghiện thuốc phiện để mắc).
- Thức ăn không tiêu : bã ổ mai, tóc, do thiếu năng dịch tụy tăng gây ra .
- Ung thư hoặc u thường của ruột .

b) Tắc ruột do giây chằng (brides) do dính :

Thường hay sẩy ra ở người mắc bệnh bị dính vì nhiễm trùng hay sau phẫu thuật .

c) Tắc ruột do thắt ruột (strangulation).

+ Lồng ruột cấp tính (invagination) nhất là vùng hồi manh tràng, hồi đại tràng, hay là đoạn ruột non, ruột bị chui vào nhau, đoạn trên chui vào đoạndưới .

- Trẻ con diễn biến nhanh chóng, nguy hiểm
- Người lớn hay thanh niên, diễnbiếnchậm hàng tuần và có khi hàng tháng, cấp diễn hay trường diễn .

+ Soắn ruột (voloulus) mạc treo bị thắt lại nên rất nguy hiểm, gây hoại tử .

+ Thoát vị bị thắt lại (heruie etranglee).

a) Thắt bên trong : Đại tràng và nhất là tiểu tràng chui vào 1 khe ở ổ bụng : như khe Winslow.

- Khe thủng ở mạc treo đại tràng ngang khi mổ nối dạ dày tiểu tràng quên không khâu dính với nhau mạc treo và dạ dày - ruột hoặc khâu ít quá.

b) Tắc ruột thắt bên ngoài : ở dùi và bìu dái.

B/ NGUYEN NHAN TAC RUOT CHUC PHAN :

a) Tắc ruột do bị liệt ruột : xẩy ra sau một chấn thương nặng ở bụng, hay sau khi mổ bụng, ruột bị liệt vì viêm phúc mạc như : Mổ abces ruột thừa, áp xe hố chậu, áp xe túi bịt Douglas.

b) Tắc ruột do tình trạng co thắt ruột (strasme) (Spasme) không giãn ra được, có thể xẩy ra sau khi bị chấn thương vào bụng, hoặc bị kích thích vì dun sán, hoặc do kích thích thần kinh (bệnh hysterie).

III.- TRIEU CHUNG :

A/ TRIEU CHUNG CHUC PHAN : 4 triệu chứng chính :

1/ Đau bụng : đau đột ngột lúc bắt đầu, đau ở 1 chỗ.
- Đau dữ dội rồi tăng dần lên, lan cả bụng
- Đau tại người nhưng ít khi ngất
- Đau từng cơn, giữa 2 cơn bệnh nhân thấy nhẹ tưởng khỏi, dễ chịu, nhưng rồi cơn đau khác lại đến, dữ dội.
- Đau liên tục từng cơn bệnh nhân trông có vẻ sợ hãi, lo lắng.
- Đau liên miên, không thành cơn ở trường hợp soắn ruột.

2/ Nôn mửa :

- Lúc bắt đầu đau đã nôn hay 1,2 giờ sau khi đau mới nôn.
- Nôn ra thức ăn
- Nôn ra nước vàng, xanh (mật)
- Nôn ra mùi phân (fecaloide) khi bệnh nhân đến quá muộn, nguy hiểm dễ chết.
- Chỗ tắc càng cao gần dạ dày thì càng nôn sớm.

3/ Bí trung đại tiện : không đánh rắm và không ỉa được là triệu chứng trung thành nhất của tắc ruột, triệu chứng chắc chắn giúp ta chẩn đoán bệnh. Trường hợp tắc ruột trên cao. hoặc lồng ruột, bệnh nhân còn đi ỉa hoặc đánh rắm được một ít trước khi ngừng hẳn.

4/ Chướng bụng :, thường xuất hiện ngay ngày đầu do hơi trong các khúc ruột phía trên chỗ bị tắc ứ ọng làm phình ruột ra, càng về sau tình trạng chướng bụng càng ững do hơi ; nuốt thêm vào.

B/ TRIEU CHUNG THUC THE : Kham bệnh nhan .

a) Nhìn :

- Chường 1 khu vực làm bụng lệch về 1 bên .
- Hoặc chường toàn bụng (Ballonnement)/ vì căng
- Sóng nhu động ruột nổi rõ trên thành bụng: hiện tượng "rắn bò" (Reptation des anses) triệu chứng quan trọng của tắc ruột cơ học .

b) Sờ nắn :- có cảm giác dẫn hơi .

- Hay da bụng căng như quả bóng. (resistance elastique) .
- Có thể thấy điểm đau nhất ở chỗ khúc ruột bị lồng : "Dun " hay "Sỏi" .
- Không có triệu chứng co cứng thành bụng như viêm phúc mạc do thủng ruột thừa, thủng dạ dày, thủng túi mật v.v....

c) Gõ :

- Tiếng kêu vang trong (tympanesme) . tympanisme
- Hay tiếng trong và tiếng đục .
- Đục 2 bên sườn = nước tràn ra trong phúc mạc.
- Đục khi gõ vào. khúc ruột nước ứ đọng.

d) Nghe :

- Thấy tiếng óc ách (bruitshydro-aériques) tiếng của nhu động ruột bị, tăng cường ở phía cho trên chỗ bị tắc đây là triệu chứng tắc ruột cơ học . Còn tắc ruột chức phận khi ruột bị liệt nghe không thấy gì cả, im lặng hoàn toàn.

C/ NHUNG TRIEU CHUNG RIENG BIET KHAC :

Tùy theo nguyên nhân gây tắc ruột có thể phát hiện những triệu chứng riêng biệt khác :

a) Nhìn :

- Bụng có thể thấy những sẹo của các đường mổ trước: nghĩ đến tắc ruột dính sau khi mổ.

b) Sờ nắn bụng : có thể phát hiện khúc dồi ở chỗ ruột bị lồng, trong khi ấy vùng hố chậu phải rất trống (fosse iliaque déshabitée) - một bó dun như bó dũa. Một hòn sỏi phân nút .

c) Kiểm tra các lỗ thoát vị : Có thể tìm ra nguyên nhân tắc ruột 3 lỗ thoát vị vì đã có trước (ống bẹn, đùi, rốn v.v....) .

d) Thăm âm đạo trực tràng . Có thể sờ thấy 1 khúc ruột căng hơi, 1 u ruột :

- Khúc dồi lồng ruột, ngón tay rút ra dính máu.
- Hòn sỏi mật v.v.....

d) Hoa nghiệm mau = Bạch cầu tăng nếu nguyên nhân tắc ruột do viêm phúc mạc.

- Tỷ lệ chlorures và Natri máu hạ thấp.

c) Hình ảnh X quang:

- Hình khí nước (imagehydro-aerique) những vạch ngang của nước và hơi trong bụng về hình ảnh, cốc nước lật úp (cốc Kloiber) vòng cung sáng.

- Thụt baryte vào đại tràng; phương pháp này có thể xác định được vị trí tắc ruột do các nguyên nhân như: lồng ruột, polype, ung thư v.v....).

Ngoài ra còn có tác dụng giải thoát được cho lồng ruột phải do phẫu thuật viên làm lấy. Không nên để bóp cao quá và nếu không thấy kết quả thì sau 1 thời gian ½ tiếng, không nên tiếp tục mà phải mổ để tháo lồng ruột.

V.- CHAN DOAN PHAN BIET.

Cần phân biệt hội chứng tắc ruột với các bệnh khác:

1/ Các chứng đau bụng: Thận, gan, buồng trứng mỗi loại có điểm đau đặc biệt, ít nôn hơn, bụng mềm không chướng hoặc chướng rất nhẹ, không có làn sóng nhu động ruột (Reptation dreanses). (Reptation des anses)

2/ Xuất huyết bên trong. Triệu chứng mất máu rõ rệt, bụng không chướng, sờ túi bịt Douglas rất đau.

3/ Soắn u nang buồng trứng (Torsion du kyste de l'ovaire) Bụng có sẵn u từ trước, đột nhiên to hơn, kéo dài, có thể gây choáng. Sờ ấn đạc có thể nhận ra một khối u bên cạnh tử cung.

4/ Viêm túi mật: sờ thấy 1 u căng ở vùng dưới gan ở những người già.

5/ Viêm phúc mạc – Giai đoạn đầu: Co cứng thành bụng. Ở giai đoạn cuối cùng: ruột bị liệt hình ảnh của tắc ruột chức phận.

6/ Tắc mạch máu mạc treo ruột (infaretusme sentecigues) (infarctus mésentérique) không có làn sóng nhu động. Bụng ít chướng, gõ đục, truy tim mạch. Đau bụng dữ dội hơn và kéo dài, ỉa ra máu, bệnh nhân có bệnh đau tim.

7/ Viêm tụy thể xuất huyết (Pancreatique hemorragique). Đau dữ dội, có tình trạng choáng, hay truy tim mạch, ở da có nhiều vết tím, nôn rất nhiều, có điểm đau sườn hông (point costo-lombaire).

8/ Cần phân biệt tắc ruột non hay ruột già:

a) Tắc ruột non: nguy hiểm vì mất nước và rối loạn điện giải nặng. Lại phát triển nhanh đau nhiều hơn, nôn sớm hơn, nôn nhiều, bụng chướng ít.

b) Tắc ruột già:

Phát triển chậm, đau ít hơn, bụng chướng to, theo khung đại tràng (Dilation en cadre) bệnh nhân ít bị mất nước hơn.

9/ Cần phân biệt tắc ruột cơ học và tắc ruột chức năng

a) Tắc ruột cơ học : mổ sớm mới cứu sống được bệnh nhân.

b) Tắc ruột chức năng : không cần mổ điều trị nội khoa.

VI.- ĐIỀU TRỊ.

Trước một bệnh nhân bị tắc ruột cơ học cần tiến hành điều trị ngoại khoa (phẫu thuật kết hợp với nội khoa).

1/. Điều trị nội khoa : thường là bước chuẩn bị để tạo điều kiện thuận lợi đảm bảo cho mổ sẽ an toàn.

a) Hút liên tục ống tiêu hóa bằng "Xông e - nc" (Sonde d einhorn) hay mi-le-a-bot (mille - abbott) để hút nước và hơi trong bụng (trong dạ dày và trên cho bị tắc ruột).

b) Tăng cường nước cho bệnh nhân : huyết thanh đẳng chương mặn, ngọt, Dextran v.v..

c) Chống nhiễm trùng : kháng sinh : penicilline - Dihydro - streptomycine) sinh tố B1 - C.

d) Phong bế quanh thận : 2 bên novocain 0,25% 80 - 100ml 1 bên x 2 lần.

e) Các loại trợ tim mạch. H. Camphree-ouabaine, adrenaline, coramine, cafeine.

h) Các loại giảm đau : Atropine - Bromatiopine - novocaine 0,25%.

2/ Điều trị ngoại khoa :

a) Sau 2 giờ làm tất cả các công tác điều trị nội khoa không đỡ, các triệu chứng tắc ruột càng rõ thêm, phải giải quyết bằng ngoại khoa ngay càng sớm càng tốt.

- Thụt hậu môn với dung dịch nuôi ưu chương nhỏ giọt 150 - 200cc.

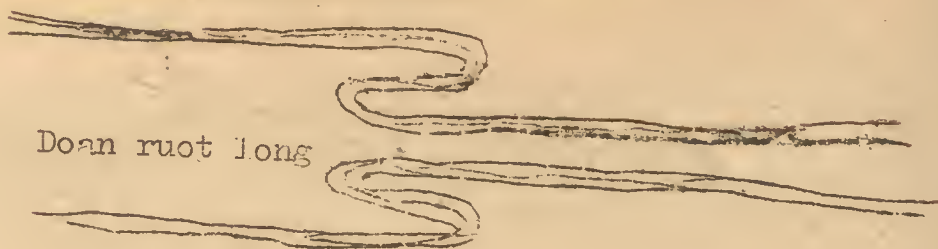
- Hoặc cho prostigmine dưới da nếu là hình thức ruột liệt.

b) Nguyên tắc xử trí phẫu thuật : Tìm nguyên nhân gây ra tắc ruột, sửa bỏ nguyên nhân. Nếu không thể sửa bỏ nguyên nhân thì làm một chỗ tiếp nối ruột - Nối bên bên hay tận tận.

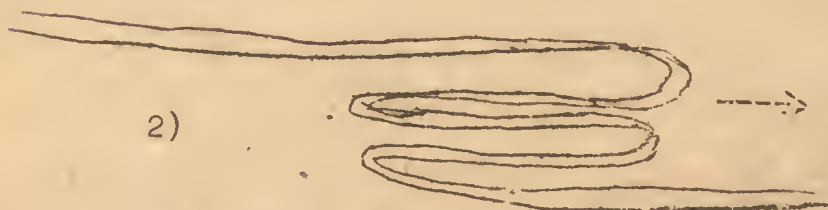
-Nếu bệnh nhân yếu quá hoặc tạo lỗ dò trên chỗ tắc, hay tạo lỗ hậu môn nhân tạo ở đại tràng, nếu ung thư đại tràng (hình vẽ ghi thêm sau trang cuối).

LONG RUOT.

1)

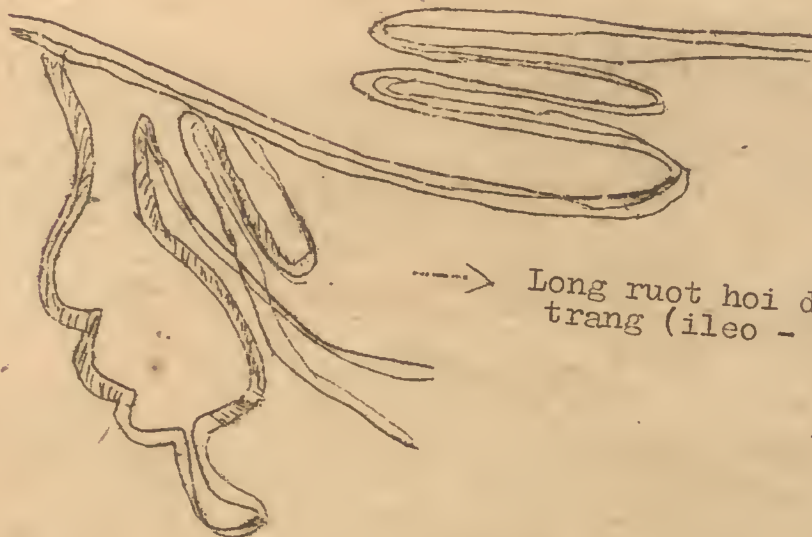


2)



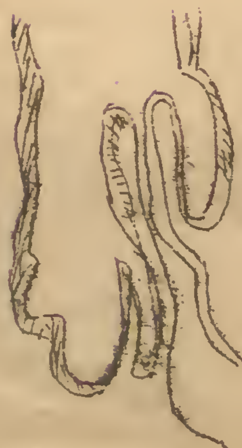
---> Long ruot 2 lan (5 ong).

3)



---> Long ruot hoi dai trang (ileo - colique).

4)



--> Long ruot hoi manh trang (ileo - coecale).

[illegible]

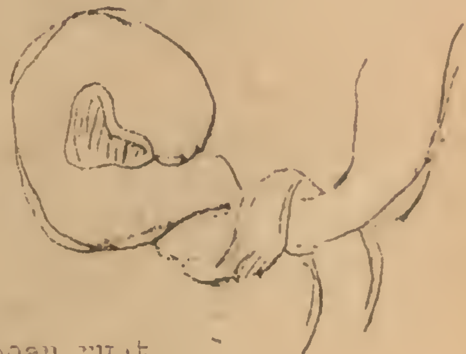
1)



1- tac ruo [illegible] to chuc seo ([illegible]).

2)

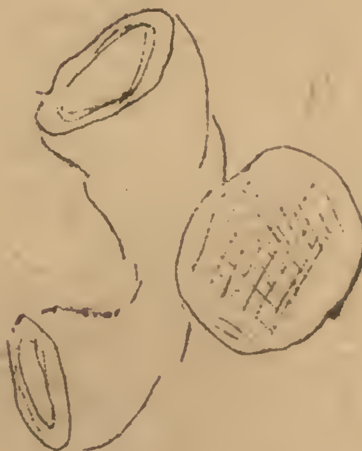




[illegible]- [illegible] ruot .

3)







[illegible] [illegible] ruot.

[illegible] [illegible] ruot.

[illegible]- Soi mat o ruot.

VIÊM RUỘT THỪA CẤP

Viêm ruột thừa cấp là một bệnh cấp cứu ngoại khoa, cần chẩn đoán phân biệt kịp thời để mổ sớm; có như thế mới tránh được nhiều biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân.

I. NGUYÊN NHÂN.

Có 2 nguyên nhân chính:

1/ Nhiễm trùng.- Vi trùng từ ruột tràn sang gây nên viêm ruột thừa hoặc vi trùng từ đường máu tới. Thường thấy viêm ruột thừa trong các bệnh cúm, sởi, viêm họng, vv...

2/ Các dị vật.- Như sỏi hoặc cục phân cứng, lưu chứa vào ruột thừa gây tắc động và viêm ruột thừa. Nhưng những dị vật là nguyên phụ giúp cho nguyên chính là nhiễm trùng gây bệnh.

II. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ.

1- Tại chỗ ruột thừa:

Ruột thừa bị viêm qua nhiều giai đoạn tổn thương khác nhau:

- Có khi ruột thừa chỉ tụ máu (congestion), ửng đỏ, các mạch máu nổi to dưới lớp thanh mạc. Mạc nối lớn ít máu nhỏ, ruột thừa có thể bị dính với manh tràng hoặc tiểu tràng. Trong phúc mạc, có ít nước trong, hồng.
- Ở trình độ cao hơn, ruột thừa mưng mủ (f. phlegmonneuse). Ta thấy đoạn ruột thừa đỏ sẫm to hơn khi thường, căng cứng, đụng mạnh dễ vỡ, mạc nối nề dễ rách. Khi mở phúc mạc thường có một chất nước nhầy mủ (liquide séro-purulent) chảy ra. Nếu mổ ruột thừa ra xem thấy mủ phọt ra, niêm mạc đỏ và có những chỗ loét (ulcération)
- Tiến thêm 1 bước nữa ruột thừa bị thủng (perforation appendiculaire). Khi mở phúc mạc có mủ thối chảy ra nhiều, tiểu tràng ửng đỏ, thường có những màng giả làm dính với nhau, mạc nối lớn nề sưng.
- Có khi ruột thừa chưa vỡ, nhưng bị hoại tử, mềm nhũn, xanh đen, bên trong mủ thối (forme gangréneuse).

2- Tổn thương vùng ngoài ruột thừa.

- Tùy theo độ nặng nhẹ của viêm ruột thừa mà phúc mạc có thể bị viêm nhiều hay ít, có khi viêm toàn bộ phúc mạc.
- Hoặc có thể bị viêm mủ tại chỗ thành abcès quanh ruột thừa.
- Hoặc phúc mạc phản ứng dính lại với nhau thành đám quánh.

III. TRIỆU CHỨNG (trường hợp điển hình)

1/ Triệu chứng chức năng.

- Đau bụng : Đau bụng là triệu chứng đầu tiên quan trọng nhất. Bệnh nhân tự nhiên đau. Lúc đầu đau lan man, có thể ở vùng thượng vị hay hạ vị, quanh rốn, sau mới khu trú vùng hố chậu phải.

- Nôn : thường có nôn, nhất là khi mới ăn xong. Nôn ra thức ăn, có khi nôn ra mật. Có khi không nôn, chỉ lợm giọng buồn nôn.

- Có khi bệnh nhân đi ỉa lỏng

- Sốt : thường nhiệt độ tăng lên 37°5 – 38° ; mạch nhanh. Nhưng cũng có khi không sốt.

2/ Triệu chứng vật thể.

Khám bệnh nhân, cần tiến hành có phương pháp : để bệnh nhân nằm, 2 chân hơi co, bệnh nhân thở hít đều đặn.

Khi nắn bụng, phải nhẹ nhàng thứ tự từ chỗ không đau đến chỗ đau, làm cho bệnh nhân quen dần với bàn tay sờ nắn

a) Co cứng cơ thành bụng.

Vùng co cứng rộng hay hẹp, nhiều hay ít tùy theo từng trường hợp, mức độ viêm phúc mạc kèm theo. Trong những giờ đầu, vùng co cứng bao giờ cũng tập trung ở hố chậu phải. Nếu co cứng đã lan rộng ra toàn thể thành bụng, thì đó là triệu chứng viêm toàn bộ phúc mạc vì thủng ruột thừa.

b) Đau khi nắn.

Khi nắn ở hố chậu phải, bệnh nhân thấy đau. Điểm đau nhất có thể ở điểm Mac Burney hay điểm Lanz. Có khi không đau ở 2 điểm trên, nhưng nói chung bệnh nhân đau ở hố chậu phải. Có khi chỉ sờ ngoài da bệnh nhân cũng kêu đau.

Sờ trực tràng ở nam giới và sờ âm đạo ở phụ nữ thấy đau ở bên bụng phải.

3/ Hoá nghiệm.

Bạch cầu thường tăng lên 9.000 – 10.000 hay hơn nữa. Bạch cầu đa nhân [illegible] tăng.

IV. DIỄN BIẾN CỦA VIÊM RUỘT THỪA.

Sự diễn biến của viêm ruột thừa cấp diễn thay đổi tùy từng trường hợp. Không mổ mà chỉ điều trị bảo tồn với kháng sinh bệnh cũng có thể đỡ và khỏi (đau giảm, bệnh nhân [illegible] trung tiện bình thường, triệu chứng tại chỗ mất, sốt giảm).

Nhưng phải thấy trong vì thuốc kháng sinh có thể không ngăn cản được tình hình phát triển của bệnh mà viêm ruột thừa có thể tiến triển thành :

1- Viêm toàn bộ phúc mạc:

[illegible] Cơn đau [illegible] 3 [illegible] sơ [illegible] trên [illegible]

+ Có [illegible] 2 [illegible] có [illegible] tương [illegible] 1 - 2 [illegible] ăn lại [illegible] có cơn đau bụng [illegible] 2 [illegible] viêm phúc mạc [illegible]

2- Đám quánh,

[illegible] sau cơn [illegible] ruột thừa [illegible] điều [illegible] triệu chứng thu [illegible] 5 [illegible] ruột thừa:

- [illegible] có [illegible] có đau [illegible]

[illegible] tình [illegible]

Đám quánh có [illegible] có thể biến thành áp-xe, [illegible]

Nếu [illegible] hết sốt, đám quánh tan [illegible] trở lại bình thường.

3- Áp-xe ruột thừa-

[illegible] triệu chứng [illegible] b [illegible] thành áp-xe:

a) [illegible]:

- [illegible]
- [illegible] có [illegible] cơn rét [illegible]
- [illegible] luôn [illegible]
- [illegible] tăng, [illegible] cũng tăng.

b) Tại chỗ:

- [illegible] có [illegible] phúc [illegible]
- [illegible]

[illegible] trở thành áp-xe [illegible]
Thâm Không có [illegible] trong việc theo [illegible] tới [illegible] Chắc chắn [illegible]

[illegible] có thể [illegible] ở phúc mạc, [illegible]
viêm phúc mạc [illegible]

V. VỊ TRÍ [illegible] CỦA VIÊM RUỘT THỪA.

1/ Ruột thừa sau manh tràng.

Khó chẩn đoán vì triệu chứng chính tập trung ở phía sau lưng nhất là bệnh nhân nằm ngửa mà khám.

- Bụng và hố chậu phải [illegible], đau ít.
- Đau và co cứng ở [illegible] nhất trên mào chậu.

2/ Viêm ruột thừa trong chậu hông bé.

- Đau ở vùng hạ vị.
- Có những triệu chứng như viêm bàng quang : đái buốt, đái khó, rét đái và viêm trực tràng : mót rặn, đau quặn bụng, [illegible] đại tiện.
- Nhấn đau và co cứng ở vùng hạ vị.
- Sờ trực tràng và âm đạo : túi cùng Douglas rất đau : có khi đau bên phải, có khi sờ được đám quánh.

VI. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1. Cơn đau quặn thận. – Cần phải hỏi về tiền sử, hỏi triệu chứng đường tiết niệu, thử nước giải.

2. Cơn đau bụng vì rối loạn tiêu hoá, trúng thực : đi ỉa lỏng, có tiền sử ăn bất thường, đau khắp bụng, không có điểm đau rõ rệt tập trung. Sau khi nôn mửa hay đại tiện, cơn thanh toán [illegible].

3. Cơn đau tập trung ở [illegible] chậu phải vì thủng dạ dày : có tiền sử dạ dày, có [illegible].

4. Viêm buồng trứng, chảy máu buồng trứng và chửa ngoài dạ con ở phụ nữ. Khám âm đạo, hỏi về kinh nguyệt, hỏi tiền sử bệnh phụ khoa.

VII. ĐIỀU TRỊ.

Điều trị viêm ruột thừa chủ yếu là cắt bỏ ruột thừa. Chỉ trừ khi bệnh nhân ở rất xa các căn cứ phẫu thuật, cách 2 - 3 ngày đường mới cho tiêm kháng sinh với liều cao rồi gửi đi gấp.

Trong những trường hợp này, phải ghi rõ triệu chứng lâm sàng trước khi tiêm thuốc.

1- Viêm ruột thừa cấp : Nên mổ để cắt bỏ ruột thừa và cho thuốc kháng sinh 3 - 4 ngày sau khi mổ.

2- Viêm ruột thừa mãn tính : Nếu có nhiều cơn đau tái phát nên mổ ngay để cắt bỏ ruột thừa sau khi đã làm nguội cơn đau tái phát, mổ nguội có [illegible] sẽ tiết kiệm kháng sinh.

3- Áp-xe ruột thừa : Cần phải mổ để dẫn lưu mủ bằng đường trực tiếp nhất và tuyệt đối không được gây nhiễm trùng các vùng khác của ổ phúc mạc. Không được cố tình cắt bỏ ruột thừa cho

bằng được nếu không thấy ruột thừa. Sau đây [illegible] cần bỏ
ruột thừa cứ bệnh nhân con cắt

4 - Viêm toàn bộ phúc mạc : Cần mổ ngay, cố gắng cắt bỏ ruột thừa. Tùy tình trạng bụng, có thể đặt ống dẫn lưu hay không, có thể chỉ cần lau sạch [illegible] mạc [illegible] phúc mạc đã đỡ bẩn.

5 - Đám quánh ruột thừa : Điều trị nội khoa : chườm lạnh, tiết chế ăn uống, kháng sinh. Trong trường hợp sau đây, cần phải mổ :

- Đám quánh mới trong 3 4 ngày đau chưa dính nhiều
- Đám quánh có triệu chứng [illegible]
- Đám quánh có viêm phúc mạc lan rộng.

[illegible]

Lê văn Hằng
A1- C2
3 12, 85
107.

VIEM TUI MAT CAP

-:-:-:-:-:-:-:-

Viêm túi mật cấp là 1 bệnh cấp cứu ngoại khoa cần được theo dõi ti mỉ phát hiện các biến chuyển kịp thời để sử trí tránh các biến chứng nguy hiểm sảy ra.

I.- NGUYEN NHAN :

Có 3 loại viêm túi mật thường gặp :

- Viêm túi mật cấp do sỏi.
- Viêm túi mật cấp không có sỏi mà do nguyên nhân nội thương như thương hàn, viêm gan hoặc các bệnh truyền nhiễm như cúm, viêm ruột v;v.....
- Viêm túi mật có sỏi hoặc không có sỏi đi theo sau viêm ống mật chủ.

II.- TRIEU CHUNG.

A/ VIEM TUI MAT DO SOI.

Bắt đầu phần nhiều đau đột ngột có khi có tiền sử rõ rệt hoặc không có, có tiền chứng nặng ở bụng, rối loạn tiêu hóa, sốt.

Đến thời kỳ toàn phát có 2 hội chứng :

1/ Hội chứng túi mật :

- Đau dữ dội ở vùng mạng sườn phải, có khi ở vùng thượng vị, xuyên ra sau lưng lên bả vai, giờ giấc đau không nhất định. Mắt bình thường hoặc vàng nhẹ.

- Khám tại chỗ vùng hạ sườn phải hoặc mềm hoặc có phản ứng, nhưng nén nhẹ cũng rất đau. Túi mật căng và sưng to nhiều khi nổi lên khá rõ, gồ lên.

Dấu hiệu Murphy (+) dương tính.

2/ Hội chứng nhiễm trùng.

Bệnh nhân sốt cao 38 - 40° Mạch nhanh, lưỡi trắng bẩn, rối loạn tiêu hóa, mỏi mệt.

Hóa nghiệm máu : Bạch cầu bao giờ cũng cao có trường hợp lên quá 15.000. Công thức bạch cầu chuyển trái.

Thử sắc mật trong máu không tăng (nếu không có sỏi ống mật chủ kèm theo gây viêm và tắc đường dẫn mật).

X quang. Cần phải chụp vùng gan mật để tìm sỏi, chụp 2 tư thế thẳng và nghiêng để chẩn đoán phân biệt sỏi túi mật với sỏi thận. Sỏi thận trên hình chụp nghiêng nằm sau cột sống sỏi mật nằm trước cột sống.

B/ VIEM TUI MAT DO CAC NGUYEN NHAN KHAC :

Bệnh nhân vẫn có 2 hội chứng như trên nhưng đặc điểm không có tiền sử, và có các yếu tố khêu gợi, để chẩn đoán nguyên nhân như : thương hàn cúm v;v.....

III.- CHAN ĐOAN PHAN BIET.

1/ Viêm ruột thừa ở cao :
- Không có tiền sử đau vùng gan
- Không có hội chứng túi mật.

2/ Thủng dạ dày.
- Cần hỏi tiền sử về dạ dày
- Khám bụng thấy co cứng cơ thành bụng toàn bộ
- X quang có liềm hơi.

3/ Cơn đau quặn thận.
- Tính chất đau lan xuống dưới
- Rối loạn tiểu tiện - HC (+).
- Patemasky (+).

4/ Sỏi ống mật chủ.
- Có 3 triệu chứng quan trọng.
. Đau, sốt, vàng da.

5/ Viêm tụy cấp.
- Cơn đau bụng rất dữ dội.
- Điểm sườn thắt lưng trái đau.

IV.- TIEN TRIEN VA BIEN CHUNG.

. Viêm túi mật cấp nếu điều trị kịp thời đúng cách có thể khỏi được nếu không sẽ dẫn đến :

- Viêm gan sinh abces gan.
- Viêm ống dẫn mật chủ
- Mưng mủ hoại thư gây viêm phúc mạc toàn bộ hay cục bộ do thủng túi mật.

- Đám quánh dưới gan .

V.- ĐIỀU TRỊ .

A/ NGUYÊN TẮC .

1/ Viêm túi mật cấp do sỏi . Tiến hành phẫu thuật cắt bỏ túi mật sớm .

2/ Viêm túi mật có khả năng đi theo bệnh sỏi đường dẫn mật .

Nên đặt vấn đề mổ thăm dò nếu thử máu thấy sắc tố mật cao hơn bình thường .

Chú ý : trong trường hợp khó khăn do tình trạng bệnh nhân kém hoặc gây mê hồi sức không bảo đảm nên làm phẫu thuật dẫn lưu túi mật và lấy sỏi .

3/ Viêm túi mật do nguyên nhân nội thương .

Điều trị nội khoa có theo rọi .

B/ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ :

1/ Mổ cấp cứu trong trường hợp :

- Bệnh nhân đau dữ dội, túi mật căng to, dọa vỡ có co cứng thành bụng ở dưới sườn, chiều hướng nặng dần .

- Viêm túi mật mưng mủ .
- Thủng túi mật gây viêm phúc mạc do mật .

2/ Điều trị nội khoa có theo rọi :

- Hội chứng nhiễm trùng nhẹ, túi mật không căng lắm, không dọa vỡ .

Cụ thể :

- Bệnh nhân nằm bất động .
- Ăn uống nhẹ (nước đường, cam, sữa)
- Chườm đá vùng gan mật .
- Phóng bế quanh thận .
- Cho thuốc giảm đau như : Atropine, Bromatropine, Novocaine 0,25% 10 - 20cc tiêm mạch máu .
- Cho kháng sinh như . penicilline, streptomycine aureomycine, chloromycetine .
- Tăng cường cơ thể bệnh nhân : vitamine B1, C . Huyết thanh ngọt ưu chương và đẳng chương .

DUN CHUI ONG DAN MAT

=0=0=0=0=0=0=0=0=0=

I.- DUN CHUI ONG DAN MAT là 1 biến chứng của tình trạng nhiễm dun đường ruột thường thấy ở trẻ con từ 2 tuổi & tuổi đến 10 tuổi . Hiện nay người ta chưa giải thích tại sao dun lại có khuynh hướng chui lên dường dẫn mật, trong khi đó có những bệnh nhân bị nhiễm dun nặng có hàng 1000 dun trong ruột gây tắc ruột, nhưng những bệnh nhân ấy không bị dun chui ống mật .

Hiện giờ chỉ biết chắc rằng biến chứng nguy hiểm cái xảy ở những bệnh nhân bị nhiễm dun, do đó mà đề phòng biến chứng này phải tẩy dun cho trẻ con và áp dụng những biện pháp vệ sinh ăn uống .

II.- TRIEU CHUNG DUN CHUI ONG DAN MAT .

1/ Lâm sàng :

+, Đau 100% thường thấy ở bệnh nhân dun chui ống mật, Bệnh nhân có những cơn đau dữ dội Bệnh nhân lăn lộn đau vật vã dẫm , đau không chịu nổi kêu la ầm ĩ, đặc biệt khi đau bệnh nhân phải nằm theo tư thế chổng mông mới chịu nổi .

+ Điểm đau cạnh ức thường thấy 88% (cạnh xương ức, cách mỏm ức 2^{cm}, 3^{cm} về bên phải) dấu hiệu này rất giá trị đối với chẩn đoán trẻ em dun chui ống mật .



+ Điểm đau sườn thắt lưng so với điểm đau cạnh ức thì ít hơn .

+ Vàng da nhẹ 4% . Phần nhiều là không vàng da, trong số 4% vàng da nhẹ thì phải khám kỹ lắm mới phát hiện được .

Sốt trong cơn đau nhiệt độ lên tới 37° 5 - 38° ; nhưng hết cơn đau nhiệt độ trở lại bình thường . Ngoài ra cũng có những trường hợp sốt vì kèm theo viêm nhiễm đường gan mật. Nếu bệnh nhân không được điều trị tốt thì bệnh sẽ tiến triển nặng có thể bị dun chui lên ống gan và làm abcès gan .

2/ Phi lâm sàng :

Tìm BC + CTBC . Amylase trong máu, Bilirubine trong máu, tất cả các xét nghiệm này đều bình thường .

X quang : chỉ có tác dụng sau khi mổ làm cholangiographie .

III.- CHAN DOAN .

Chẩn đoán quyết định -

- Dựa vào các triệu chứng lâm sàng kể trên là chính .
- Có tiền sử nôn ra dun, ỉa ra dun hoặc dang uống thuốc tẩy .

Chẩn đoán phân biệt :

+ Thủng dạ dày
+ Tắc ống dẫn mật chủ
+ Cơn đau quặn thận
+ Viêm túi mật cấp .

IV.- XU TRI .

1/ Điều trị bảo tồn .

Cho thuốc giảm đau như Atropine hay Bromatropine 1 ống vào tĩnh mạch, có tác dụng giảm đau và chống co thắt ống dẫn mật chủ .

Nếu bệnh nhân không đỡ cơn đau kéo dài, có thể cho Promédol, (trước khi cho Promèdol phải đo huyết áp nếu huyết áp thấp không nên cho) .

- Phong bế quanh thận .
- Nếu có nhiễm trùng cho thuốc kháng sinh .

Tẩy dun .

- Bơm oxygène vào dạ dày tá tràng , nếu người lớn bơm vào 1.500 , trẻ con từ 500ml đến 700ml (khi bơm bảo bệnh nhân không ăn sáng với .

- Cho uống dầu tẩy dun Huile de ricin chénopodeé liều người lớn 30gr trẻ con 20 g - 15g .

- Nếu bệnh nhân đi ỉa ra dun và hết đau hoàn toàn cho về những vấn đề phòng bệnh nhân đau lại .

2/ Phẫu thuật : Nếu bệnh nhân điều trị bảo tồn mà không đỡ đau có triệu chứng nhiễm trùng đường gan mật thì phải mổ kịp thời và khẩn trương ;

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lê văn Hồng 21, 12, 65

SOI BANG QUANG

=0=0=0=0=0=0=0=0=

MUC DICH YEU CAU

– Nắm được các triệu chứng của sỏi bàng quang và cách điều trị .

I.– NGUYEN NHAN .

Có 2 nguyên nhân gây nên sỏi bàng quang .

1/ Nguyên nhân toàn thân :

– Do rối loạn về nuôi dưỡng gây nên những thay đổi trong việc bài tiết của cơ thể tạo điều kiện thuận lợi cho 1 vài chất muối trong nước tiểu đọng lại thành sỏi .

2/ Nguyên nhân tại chỗ :

. Những nguyên nhân gây ứ đọng nước tiểu và nhiễm trùng trong bàng quang cũng là điều kiện để sinh sỏi .

II.– TRIEU CHUNG :

A/ TRIEU CHUNG CHUC PHAN .

Có 3 triệu chứng chính khêu gợi :

+ Đái ra máu

+ Đau vùng bàng quang .

+ Đái nhiều lần, đái tắc ngang.

Những triệu chứng này có khi xuất hiện cả 3 cùng 1 lúc . nhưng cũng có khi xuất hiện từng triệu chứng 1 nhưng có đặc điểm: tăng lên khi bệnh nhân vận động, và giảm đi khi nghỉ ngơi. Đi đứng và vận động nhiều sẽ làm bệnh nhân mắc đái cấp thiết phải đi đái và đi đái nhiều lần. Nếu ngồi nghỉ thì đỡ nhiều .

a) Đái ra máu .

Thường là triệu chứng xuất hiện đầu tiên sau 1 buổi đi xe sóc hay lao động mệt nhọc. Đái ra máu thường xuất hiện ở phần cuối cùng của động tác đi giải . Nghỉ ngơi 1 vài giờ sẽ hết .

b) Đau vùng bàng quang .

Trong thời kỳ đau bệnh nhân chỉ cảm thấy nặng vùng khó chịu ở bàng quang và bụng dưới. về sau hiện tượng đau càng tăng. Bệnh nhân thấy nóng rát nhất là ở gốc dương vật. Bệnh nhân thường thấy đau buốt sau khi đi đái . (Trong bệnh viêm bàng quang và niệu đạo thường đau buốt trước và trong khi đi đái).

c) Đái nhiều lần .

Khi vận động, bệnh nhân mắc đái thường xuyên đi đái nhiều lần, nghỉ ngơi đi đái ít hơn. Nếu bị viêm bàng quang hoặc u tuyến nhiếp hộ thì dầu bệnh nhân nghỉ ngơi chúng đi đái nhiều lần cũng không thay đổi .

Một triệu chứng cần chú ý để chẩn đoán là : đang đi đái bỗng nhiên bị tắc lại là 1 dấu hiệu đặc biệt của sỏi bàng quang.

B/ TRIEU CHUNG KHACH QUAN .

-, Dùng 1 cái thông kim khí (catheter) cho vào bàng quang ta có cảm giác nghe tiếng kêu khi xóng chạm vào hòn sỏi .

- Soi bàng quang (cystoscopie) hiện nay là 1 cách khám chắc chắn để ta chẩn đoán hình dáng sỏi bàng quang .

- Chụp X quang bàng quang để phát hiện bóng sỏi.

III.- TIEN TRIEN CUA SOI BANG QUANG .

Sỏi trong bàng quang to lên rất chậm. Trong trường hợp không bị nhiễm trùng bàng quang bệnh nhân có thể chịu đựng được lâu một hòn sỏi trong bàng quang. Nếu có nhiễm trùng, sỏi to lên nhanh, đau đớn nhiều và đi đái luôn. Nhiễm trùng có thể đi ngược lên trên gây viêm niệu quản, bể thận và thận .

IV.- DIEU TRI .

Điều trị sỏi bàng quang chia làm 3 loại .

1/ Loại sỏi bàng quang có thể dùng kim kẹp vỡ (lithotritie). Cách này áp dụng khi chỉ có 1 hòn sỏi nhỏ và mềm, bàng quang không bị viêm và niệu đạo rộng có thể cho kim kẹp vào được .

2/ Mổ bàng quang để lấy sỏi .

Hòn sỏi to niệu đạo hẹp không cho kim vào được, bàng quang bị viêm tấy hoặc có u tuyến nhiếp hộ cần phải mổ bàng quang để lấy sỏi .

3/ Sỏi ở bệnh nhân có u ở tuyến nhiếp hộ . Sau khi đã chuẩn bị bệnh nhân thật tốt . Mổ bàng quang lấy sỏi và bóc bỏ u tuyến nhiếp hộ để tránh bị sỏi lại .

00000000000000000000000000000000000000000

CHẢY MÁU
LOÉT DẠ DÀY TÁ - TRÀNG.

Chảy máu loét dạ dày tá tràng là một biến chứng nặng của bệnh loét dạ dày tá tràng và là một trường hợp cấp cứu ngoại khoa.

I. NGUYÊN NHÂN.

Có 3 nguyên nhân chính :

1/ Chảy máu niêm mạc : Chảy từ các vi ti huyết quản trên một bề mặt rộng.

2/ Chảy máu ở một động mạch của thành dạ dày: Mạch máu có thể ở ngay vết loét hoặc ở bờ vết loét, càng ngày vết loét càng lan rộng hoặc loét sâu xuống làm tổn thương tới động mạch mà chảy máu.

3/ Chảy máu ở một động mạch chạy ngoài thành dạ dày:(Thí dụ: quai động mạch vành vị, động mạch tỳ ở bên trên tuy tạng, thân động mạch vị tràng). Mạch máu dính vào khối cứng của ổ loét dạ dày và bị ổ loét ăn mòn làm thủng gây chảy máu.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.

- Biến chứng chảy máu có thể xuất hiện trong cơn đau hoặc ngoài cơn đau loét dạ dày tá tràng.

- Tình trạng chảy máu thể hiện trên lâm sàng dưới 2 hình thức :

a) Nôn ra máu (hématémèse).
b) Ỉa ra máu đen (méloena.

1. Nôn ra máu.

Có những triệu chứng báo hiệu, bệnh nhân thấy lâm dâm đau vùng thượng vị, có cảm giác dạ dày đầy và căng rồi buồn nôn, nôn ra máu đỏ xẫm lẫn thức ăn chưa tiêu hoá, nôn với khối lượng ít độ 20 - 30 ml , bệnh nhân chỉ thấy mệt, chóng mặt và hoa mắt.

Nhưng nếu nôn với khối lượng máu trên dưới 500 ml, lúc đó sắc mặt bệnh nhân tái xanh và nhợt nhạt, chóng mặt, ù tai hoa mắt, nếu đang đi có thể ngã và lịm đi; đo huyết áp thấy huyết áp hạ, hồng cầu giảm, huyết sắc tố giảm, mạch nhỏ nhanh, tim đập nhanh.

Vài ngày sau, bệnh nhân đi ỉa thấy phân màu nâu xẫm, đen như màu bã cà-phê.

2. Ỉa ra máu đen.

Thường đi đôi với nôn ra máu, bệnh nhân đau ở vùng thượng vị, mót đi đồng. Phân kèm theo máu đã tiêu hoá màu nâu xẫm hoặc đen như bã cà-phê; nếu chảy máu nhiều, sắc mặt bệnh nhân tái xanh, mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ, hồng cầu và huyết sắc tố giảm; người mệt lả.

Tóm lại, chảy máu xuất hiện theo nhiều hình thể khác nhau :

a) Chảy máu chớp nhoáng : Bệnh nhân nôn ồng ộc ra máu, rất nguy hiểm tới tính mạng bệnh nhân.

b) Chảy máu một lần duy nhất : Thể nặng trung bình điều trị bảo tồn bằng thuốc, bệnh nhân hết chảy.

c) Chảy máu tái phát và liên tiếp : Nếu chảy máu mấy ngày liền thì rất nguy hiểm.

III. CHẨN ĐOÁN CHẢY MÁU LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG.

Chủ yếu dựa vào :

a. Tiền sử đau dạ dày cũ của bệnh nhân.
b. Máu nôn ra có lẫn thức ăn và nước dịch vị.
c. Đi đồng phân đen (cần phân biệt với chảy máu ở ruột non).

Cần chẩn đoán phân biệt nôn ra máu với :

- Ho ra máu (có ho, lẫn nước bọt, sốt).
- Chảy máu mũi (nuốt vào dạ dày).
- Chảy máu vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (bệnh nhân có triệu chứng sơ gan).

Chẩn đoán phân biệt :

Chảy máu loét tá tràng với chảy máu ruột non (máu đỏ tươi).

IV. ĐIỀU TRỊ.

Có 2 phương pháp điều trị :

- Điều trị nội khoa (bằng thuốc men).
- Điều trị ngoại khoa (mổ xẻ).

A) Điều trị nội khoa.

Tùy theo tình trạng chảy máu nặng hay nhẹ (căn cứ vào thể trạng chung và tình hình mà đánh giá tương đối) đã ngừng hay là còn đang tiếp diễn, thể trạng toàn thân mà có cách xử trí cho thích hợp.

1. Nôn ra máu nhẹ hay trung bình (số máu ra dưới 500 ml).

Thể trạng bệnh nhân không thay đổi mấy, không có vẻ mất máu nhiều. Hồng cầu và huyết sắc tố ở mức bình thường hay thấp hơn một ít. Mạch, huyết áp bình thường hay thay đổi một ít.

a/ Để bệnh nhân nằm yên, bất động, an ủi và trấn - tĩnh bệnh nhân.

b/ Chế độ ăn, tuyệt đối ăn các chất lỏng như sữa, nước chè đường, nước chanh đường, nước súp rau, cho ngậm ít nước đá, chườm đá vùng thượng vị.

c/ Tiêm sinh tố K (0,005) I ml x 2 ống tiêm dưới da.

d/ Huyết thanh ngọt ưu chương 30 %	20 ml	Trộn lẫn Tiêm t/m
Sinh tố B_1 0,025	2 ống	
Sinh tố C 0,10	2 ống	

đ/ Chlorure de Ca 0,50 — I ống (tiêm t/m)

e/ Atropine 1/4 mgr. — 1 ống (tiêm d/d nếu bệnh nhân đau nhiều ở vùng thượng vị.

g/ Promédol 0,025 — I ống (tiêm b/t nếu bệnh nhân xao - xuyến và đau bụng nhiều.

2. Nôn ra máu nặng (số máu nôn ra > 500 ml).

Thể trạng chung nặng, có triệu chứng bần huyết. Hồng - cầu dưới 3.000.000 – 2.500.000 Huyết sắc tố dưới 60 %, mạch nhanh trên 100, huyết áp tối đa dưới 100 mm/ Hg.

a) Thực hiện các khoản 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 trên (ở trường hợp nôn ra máu nhẹ hay trung tính), bất động triệt để, nằm đầu thấp không kê gối.

b) Cho nhỏ giọt thật chậm vào tĩnh mạch từ 12 đến 20 giọt trong một phút huyết thanh ngọt hay mặn đẳng chương 200 - 400 ml pha thêm với Post-hypophyse từ 5 - 20 đơn vị, tùy theo tình hình chảy máu.

c) Truyền Dextran hay huyết thanh ngọt ưu chương 500 ml., kèm theo sinh tố B_1 I ml x 3 ống, sinh tố C I ml x 3 ống trộn lẫn, tiêm với tĩnh mạch chậm. Nếu bệnh nhân đến với tình trạng choáng, cho truyền thêm máu 200 ml đồng loại.

d) Liều Dextran, máu và thanh huyết có thể tăng tùy theo sự tiếp diễn của tình trạng chảy máu dạ dày.

B) Điều trị về ngoại khoa (Cắt đoạn dạ dày cấp cứu).

Nếu ra máu nặng và tiếp diễn.

Song song với kế hoạch hồi sức trên, phải xử trí phẫu thuật ngay. Bần huyết nặng không phải là phản chỉ định. Cần phải có sẵn sàng I khối lượng máu tương đối lớn (1 - 2 lít) để bù đắp vào số máu đã mất đi do tình trạng chảy máu ở ổ loét dạ dày tá tràng.

--- oOo ---

HAĐ > $\frac{120}{80}$ tốt hết thảo

HA > $\frac{110}{70}$ tốt

HA > $\frac{90}{60 \to 50}$ tốt

HA > $\frac{35}{20}$ sắp lăn đi chết

HST 70 → 80% hết thảo

50 → 50% lệt lý

50 → 20% lệt lý

26/3/63

người khoẻ bình thường

HAĐ $\frac{120}{80}$ $\frac{110}{70}$

H,C 4000,000 - 4500,000

mất máu nhiều

$\frac{70}{50}$

Lê văn Hồng 31 / 12 63
- 11 -

CƠN DAU QUẶN THẬN

=0=0=0=0=0=0=

MỤC ĐÍCH YÊU CẦU.

Cơn đau quặn thận thường gặp trong bộ đội và nhân dân sau những cuộc hành quân và dã ngoại, liên tập chiến đấu, luyện tập và lao động nặng.

Thường các tuyến gửi bệnh nhân về với chẩn đoán sai nhầm lẫn với ruột thừa viêm và có trường hợp chữa xử trí đúng mức, ngược lại có trường hợp bệnh nhân viêm ruột thừa lại được chẩn đoán là cơn đau quặn thận và không được mổ kịp thời.

DO ĐÓ MỤC ĐÍCH BÀI NÀY NHẰM:

1/ Hướng dẫn cho học viên nắm được triệu chứng của bệnh và biết chẩn đoán phân biệt với các cấp cứu ngoại khoa khác ở bụng như cơn đau viêm ruột thừa cấp.

2/ Biết cách xử trí ở các tuyến, khi ở xa các bệnh viện.

I.- TRIỆU CHỨNG.

A/ LÂM SÀNG.

1/ Đau bất thình lình. bệnh nhân đang khỏe mạnh đi chơi hoặc sau 1 cuộc vận động mệt nhọc thì đau:

- Tính chất đau, đau dữ dội, đau từng cơn, bệnh nhân vật vã lăn lộn, đứng, ngồi, hoặc nằm vẫn đau, tư thế nằm ngồi vẫn thấy đau, tuyệt đại đa số đau 1 bên, đau vùng thắt lưng (đau nhiều hơn) đau mạng sườn và đau hố chậu phải, đau xuyên xuống dưới bẹn và bìu dái.

2/ Bệnh nhân không sốt. Trừ trường hợp nhiễm trùng thì có sốt (sỏi nhiễm trùng, viêm bể thận).

3/ Bụng chướng buồn nôn hoặc nôn, nhưng không có phản ứng phúc mạc, bụng không có cứng.

4/ Rối loạn về tiết niệu. Có đái đau và đái khó nhưng quan trọng nhất là đái ra máu (nhìn đại thể hoặc vi thể) hoặc đái buốt nhiều lần.

5/ Triệu chứng Paternatsky (++) dương tính. Triệu chứng Paternatsky là gõ đấm, so sánh vùng thắt lưng hai bên, bên nào đau bệnh nhân tức dội lên và giật nẩy người, nếu trong cơn đau chỉ ấn mạnh, nhiều khi cũng đau dữ dội.

6/ Hỏi tiền sử bệnh nhân có những lần dau di dai lại nhiều lần như thế này và có rối loạn tiết niệu .

B/ PHI LÂM SÀNG .

1/ Xét nghiệm máu . Bạch cầu không tăng, công thức Bạch cầu không thay đổi, tốc độ lắng máu bình thường hay thay đổi ít .

2/ Nước giải : Nếu là cơn dau do sạn hoặc sỏi thì trong nước tiểu có hồng cầu ++ Bạch cầu ++ .

3/ X quang : Ngay trong cơn dau, ít tác dụng dể tìm sỏi vì bụng dầ có nhiều hơi, nhưng có tác dụng dể chẩn đoán phân biệt với các bệnh cấp cứu bụng ngoại khoa khác .

Sau khi diều trị bệnh nhân hết cơn dau cho chụp không chuẩn bị hoặc có chuẩn bị dể phát hiện sỏi .

4/ Sỏi bàng quang. (nếu có diều kiện chuyền khoa có tác dụng quyết định) .

- Có khi thấy máu ở lỗ niệu quản chảy ra
- Có khi thấy lỗ niệu quản bị rách do sạn tống qua lỗ này bị nề xung huyết .

-- Sỏi bàng quang kết hợp với bơm thuốc màu, nếu là cơn dau quặn thận thì chất thuốc sẽ không tiết ra ở bên dau hoặc tiết nhạt và chậm .

II.- CHẨN ĐOÁN .

1/ Chẩn đoán quyết định Dựa vào triệu chứng chính .
- Tiền sử dau, dau nhiều lần, dau vùng thắt lưng.
- Tính chất cơn dau và tư thế bệnh nhân .
- Cơn dau có tính chất di lan xuống bẹn và bìu dái .
- Paternatsky + .
- Công thức Bạch cầu không thay đổi, số lượng bạch cầu không tăng .
- Nước giải thường có Hồng cầu .
- Nếu có diều kiện soi bàng quang bằng thuốc màu, thuốc không tiết hoặc tiết nhạt và chậm.

Tóm lại có tất cả những triệu chứng trên nhưng gặp những trường hợp khó cần theo rõi tỷ mỷ .

2/ Chẩn đoán phân biệt .

Cần phân biệt với các hội chứng bụng cấp cứu Ngoại khoa khác như viêm phúc mạc.

tắc ruột, lồng ruột, sỏi mật, nhưng dễ lẫn nhất là viêm ruột thừa cấp do đó cần chẩn đoán phân biệt với ruột thừa viêm cấp.

III.- XỬ TRÍ .

1/ Chườm nóng vùng đau, bảo Bệnh nhân nằm nghỉ

2/ Phong bế quanh thận theo kiểu Vitniepski voi Novocai-ne 0,25% - 60 ml .

3/ Thuốc giãn co thắt và giảm đau, có thể tiêm Atropine 1/4 mgr(1 ống) dưới da hoặc Bromatropine 5ml (1 ống) tiêm tĩnh mạch, nếu bệnh nhân đau nhiều quá không đỡ thì tiêm Promedol 0,025 mg (1 ống) vào bắp thịt .

4/ Nếu có triệu chứng nhiễm trùng thì cho Penicilline 400.000 và Streptomycine 1gr chia làm 2 lần tiêm dưới da (tùy nặng nhẹ mà cho kháng sinh nhiều hay ít).

5/ Cho thuốc lợi niệu uống nước đường (Limonate citri-que) từ 1l đến 1l500, tiêm thêm S.glucosé hyper-tonique 20ml + sinh tố B1 , C .

6/ Trong hoàn cảnh có chuyên khoa, cơn đau còn đang tiếp diễn do niệu quản bị tắc thì sỏi bàng, quang và thông niệu quản

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

TRÀN DỊCH MÀNG TINH HOÀN

I/ ĐẠI CƯƠNG.

Tràn dịch màng tinh hoàn là một bệnh nhẹ thường gặp. Màng bọc tinh hoàn đựng một chất dịch trong, to lên do dịch nhiều lên theo thời gian. Có hai loại tràn dịch:

1- Tràn dịch bẩm sinh.- Do ống giáp phúc mạc (canal péritonéo-vaginal): không tắc lại được như ở người thường, ống này phát-triển càng ngày càng rộng, lớn theo tuổi ở trẻ sơ sinh.

Có thể ống giáp phúc mạc rộng toàn bộ hay một phần.

2- Tràn dịch màng tinh hoàn.- Thường thì không có nguyên nhân rõ rệt. Một đôi khi là triệu chứng của I bệnh ở tinh hoàn hoặc ở mào tinh hoàn.

II/ TRIỆU CHỨNG.

1- Triệu chứng chức phận:

Tràn dịch màng tinh hoàn bệnh phát sinh từ từ, không gây đau đớn gì cả. Khi to lớn nhiều thì bệnh nhân thấy nặng và vướng.

2- Triệu chứng vật thể:

a) Nhìn.- Bìu dái to, lệch về một bên, vì một u to tròn, nằm ở một bên bìu. U càng phát triển, càng căng da bìu, kéo cả da ở dương vật, làm dương vật bị co thụt lại.

b) Nắn.- Da bìu dái mỏng, di động được trên khối u. U có giới hạn rõ rệt, cả ở bờ trên không nắn nhỏ lại được, không có sức đẩy khi ho, không đau khi nắn.

- Không bấu được màng tinh hoàn (pincement).
- Không nắn thấy tinh hoàn: Tinh hoàn bị khối u che lấp. Nắn mạnh thì bệnh nhân thấy hơi đau ở tinh hoàn. Nhờ đó mà ta biết được tinh hoàn nằm ở phía dưới và sau u.
- U nhẵn nhụi, đều đặn. ~~Nếu dịch ít thì~~ có dấu hiệu ba động. Nếu dịch nhiều thì u căng.
- U mờ sáng khi soi đèn; đèn piles. U trong suốt, mờ sáng, có một chỗ tối: Tinh hoàn ở đó.

III/ TÌM NGUYÊN NHÂN VÀ CHẨN ĐOÁN.

- Thường không có nguyên nhân rõ rệt.
- Nhưng cũng có khi tràn dịch màng tinh hoàn là triệu chứng của một bệnh tinh hoàn hoặc mào tinh hoàn; cho nên phải chú ý tìm nguyên nhân.

1. Xem thừng tinh.- Nếu ống dẫn tinh cứng và dày ở bệnh-nhân bị viêm mào tinh hoàn.

2. Kiểm tra tuyến nhiếp hộ và bọng tinh.- Thăm trực tràng xem có bị thương tổn gì không. Nếu bọng tinh to, cứng, không đau: Có thể bệnh nhân bị lao bộ phận sinh dục.

3. Kiểm tra ống phúc giác mạc.- Nếu bé lại được khi nằm. Để nằm 1-2 tiếng, thấy u nhỏ đi, bớt căng. Ống phúc giác mạc còn tồn tại.

4. Kiểm tra tinh hoàn.- TC : nghi là "K" tìm prolan trong nước tràn dịch, trong nước tiểu, trong máu, vv...

5. Tìm thoát vị ống bẹn.- Để chẩn đoán phân biệt.

6. Khám bìu dái bên đối diện.- Khám cả 2 bên đều có tràn dịch có thể do giang mai. Tìm phản ứng B.W. trong máu và trong nước tràn dịch.

7. Khám tinh hoàn và mào tinh hoàn rõ.- Cả 2 bên. Mào có những hạt nhân nhỏ, cứng, hơi gồ ghề, giới hạn rõ rệt; chỗ cứng chỗ mềm. Hoặc 2 nhân ở hai đầu mào. Do lao mào tinh hoàn gây tràn dịch.

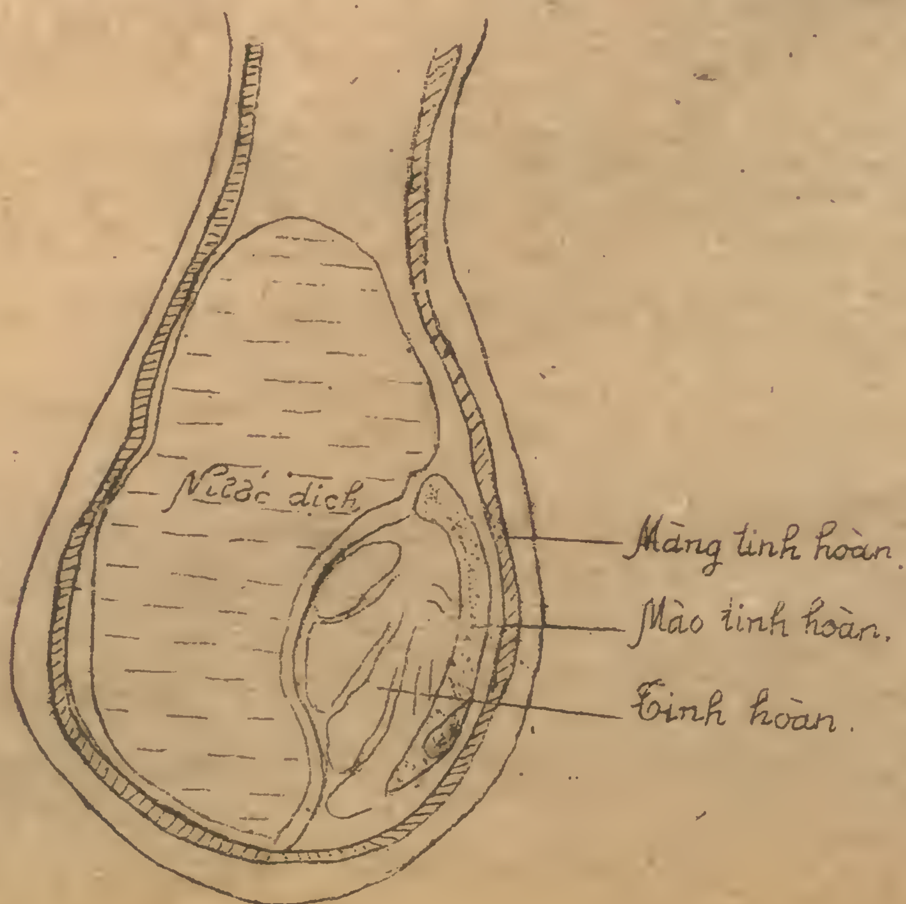
IV/ ĐIỀU TRỊ.

1/ Chọc dò hút được nước dịch, nhưng không chữa khỏi được, bệnh trở lại sau một thời gian.

Nước dịch: màu vàng chanh, có nhiều lòng trắng trứng (albumine), không đọng lại ở ngoài khí trời.

2/ Phẫu thuật lộn màng tinh hoàn (retournement de la vaginale) hoặc cắt bỏ màng tinh hoàn.

Phẫu thuật đơn giản, không nguy hiểm, kết quả lâu dài.



Hồng AI

XII

H A U - B O I

I.- NGUYEN NHAN BENH .

Người bị bệnh này hai gái, cọ sát người (frottement) hay là những người bị bệnh Đái đường cũng có thể dễ bị bệnh này. Từ những cái đó dễ gây ra nhiễm trùng do :

- Tụ cầu trùng (Staphylocoque) .
- Tụ cầu trùng vàng (staphylocoque dore) chủ yếu.
- Liên cầu trùng (streptocoque)
- Phế cầu trùng v.v... (pneumonocoque) .

Bệnh hậu bối thường thấy ở người trung niên hay người già. Ở những người bạn huyết và sinh tồ .

- Dề kháng kem, suy nhược v.v....

II.- TRIEU CHUNG :

Gần giống nhọt dinh thường (furoncle) nhưng hậu bối to hơn, nặng và đau hơn .

Nhiều ngồi hay nhiều niện mỏ , 3,4,5,6 ngồi .

- Hay ở phía sau lưng (nhiều nhất)
- Làm thối nát tổ chức xung quanh và làn cứng rắn vùng bị bệnh .

Thường hậu bối tiến hành qua 3 thời kỳ :

1/ Cường tụ hậu bối : sưng, nóng, đỏ, đau .

2/ Làm mủ (abcedation) .

3/ Phá vỡ mủ .

III.- PHUONG PHAP SU TRI :

Bệnh hậu bối làm đau nhức khó sở, ăn, ngủ không được, nhiễm trùng mạnh, thối nát tổ chức lan rộng : Cần phải xử trí bằng phương pháp phẫu thuật sớm. Khi hậu bối đã đến giai đoạn hậu bối làm mủ hay phá vỡ. Càng sớm phẫu thuật càng chóng khỏi, dễ chữa hơn nhiều, ít nhiễm trùng .

A/ PHUONG PHAP SU TRI CO DIEN .

1/ Rạch chữ thập (+) sau khi đã gây mê hay gây tê tại chỗ. Các tổ chức hoại tử được cắt lọc hay cắn mau kỹ .

- Nói chung là mở xong vết mổ, nhét gạc mét (meches) rồi băng lại .

Tiep tuc sau : làm nhỏ giọt liên tục bằng, nước Dakin, thuốc tím (Mn D^4 K) hay các thuốc sát trùng khác, dùng máy bơm hơi pulverisateur như loại Pulverisateur . Lucas championniere. Tối thiểu mỗi lần bơm 2 giờ, ngày 2, 3 lần .

2/ Thuốc dùng :

a) Sulfamides
b) Propidon
c) Sinh tố B1 - C v.v....
d) Streptomycine - Penicilline (hiện gần đây mới có).

3/ Các tác giả hay dùng phương pháp cổ điển này :

a) Pháp : có .

- Dupuytren rạch (+) bằng thermo cautere (dao điện).

- Velpeau = rạch theo kiểu nan hoa (Incision en rayons) .

Hay bị phá vỡ foyer và bị nifection = nhiễm trùng .

- Broca - Labie = rạch (+) và cắt tổ chức hoại tử
- Ernest forgue = rạch(+) và nạo bằng curetté .

b) Roufanoy (РУФАНОВ) = rạch (+) cắt 4 mũi rõ ràng, cắt tổ chức hoại tử tới facia và nếu cần cắt cả cân và tấn mét (meches) + Pommade salfauridee (sau 2 ngày kéo meches ra nông = sau 7 ngày lấy meche ra hết), và những ngày sau băng với gạc thấm với huyết thanh nấn ưu chuồng .

B/ PHUONG PHAP SU TRI HIEN DAI .

Hiện nay với thời đại của thuốc kháng sinh , có nhiều hiệu lực đối với vi trùng như penicilline, streptomycine, terramycine, chlotomycetine v.v...) .

Và với kinh nghiệm về ghép da (greffe cutanee) có chủ chương .

1/ Khoét toàn bộ hậu bối, triệt để lấy, cắt lọc tất cả tổ chức vùng bị hoại tử cho đến tận tổ chức lành .

2/ Cầm máu kỹ vùng, khoét đó .

3/ Khâu kín lại vết mổ .

4/ Nếu mất da nhiều quá hay hụt da có thể ghép da ngay, hay để sau 4,5 ngày da, chờ nó hết nhiễm trùng, nên vết mổ đỏ hồng sạch hết sưng lúc đó mới ghép da cũng không muộn.

Nếu là vết mổ nhỏ thì có thể chỉ khâu kín lại sau khi đã mở rộng chuẩn bị và kín đủ hay grefe nhỏ thì làm ngay được .

5/ Phối hợp tốt với điều trị bằng thuốc kháng sinh penicilline - streptomycine .

NOI 3 - . **Hau boi .** KL/ - 3-

Kết quả ở Bệnh viện 103, đã dùng các kháng sinh này rất ít chỉ bằng 1/2 của phương pháp cổ điển .

Các nhà phẫu thuật đã làm phương pháp này .

1/ Liên xô :

- Fischmann (фишман) nam 1957 .
- Kouscov (КРУЖКОВ)
- Vilikarski (ВЕЛИКОРЕЦКИЙ)

2/ Việt Nam : Bác Sĩ Trương công Trung khoa ngoại 2
Bệnh viện 103 năm 1961 - 1962 .

QQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQQ

AI C2

XIII

CONG TAC HOI SUC VA SAN SOC BENH
NHAN TRUOC VA SAU KHI MO .

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

I.- QUAN TRONG CUA CONG TAC HOI SUC TRUOC VA SAU KHI MO .

Mổ xẻ là một chấn thương gây chấn động thần kinh và chảy máu . Nếu bệnh nhân được đem đi mổ mà không có chuẩn bị hồi sức trước trong và sau khi mổ thì có thể xảy ra nhiều biến chứng nguy hiểm . Như choáng phẫu thuật có thể gây tử vong ngay trên bàn mổ .

II.- TRUOC KHI MO .

Đối với bệnh nhân mổ theo chương trình hàng ngày hay đối với bệnh nhân cấp cứu . Công tác hồi sức và săn sóc bệnh nhân đòi hỏi chúng ta khám toàn bộ bệnh nhân thật kỹ phải chú ý theo rõi .

1/ Nhiệt độ , mạch, huyết áp, hơi thở, nước tiểu 24 giờ, sự đại ỉa của Bệnh nhân .

2/ Các xét nghiệm cần thiết đầu tiên không thể không có được .

a) Máu : Hồng cầu - Huyết sắc tố - Bạch cầu - Công thức bạch cầu - Thời gian đông-chảy uree máu .

b) Nước tiểu : Lắng cặn, albumine và glucose .

3/ Đối với bệnh nhân cấp cứu, hay bệnh nhân già yếu suy kiệt, huyết áp kém, các kết quả xét nghiệm nói lên tình trạng sinh lý suy kém, như suy gan, thận, yếu tim v.v...

a) Cho thuốc trợ tim mạch .

b) Truyền thanh huyết mặn và ngọt đẳng trương và ưu trương phối hợp với các sinh tố B1 và C. Để bù đắp điện giải : ví dụ trong những trường hợp tắc ruột, viêm phúc mạc do thủng dạ dày v.v....

c) Truyền huyết tương hay truyền máu cho bệnh nhân bị choáng chảy máu, thiếu máu .

d) Hút dịch vị : Hơi và nước + thức ăn trong bụng để ngừa nôn mửa trong lúc gây mê có thể gây nghẹt tắc ống phổi .

e) Thụt tháo : Áp dụng cho những người chuẩn bị mổ, hoặc thụt nhẹ và thấp cho những bệnh nhân cấp cứu mà bụng sờ thấy phân nhiều ở đại tràng xuống và Sygma.

g) Phong bế quanh thận :

- Để giải quyết cơn đau do di trong những trường

+ Cơn đau quặn thận .
+ Cơn đau quặn gan
+ Cơn đau dạ dày v.v....

- Và để chẩn đoán phân biệt (chẩn đoán phân biệt).

+ Tắc ruột cơ giới và
+ Tắc ruột chức phận .

Hiện giờ gọi là tắc ruột vận động (Occlusion dynamique).

III.- SAU KHI MỔ :

Ở phòng mổ về bệnh nhân lúc đó huyết áp và mạch tương đối ổn định. Những bệnh nhân có giữ được tình trạng bình thường mãi không là nhờ vào công tác hồi sức và săn sóc sau khi mổ . Hàng giờ trong 24 giờ đầu có khi phải 48 giờ đầu phải luôn luôn theo rõi bệnh nhân .

- Mạch huyết áp - nhiệt độ - hơi thở - Nước tiểu 24 giờ, - Nhu động ruột của bệnh nhân trung tiện (đánh rắm) rất quan trọng .

Những biến chứng thường gặp sau khi mổ .

1/ Chảy máu chỗ mổ : Vùng mổ .

- Luôn luôn quan sát băng của bệnh nhân có thấy máu thấm ra không ? Nếu có máu thấm ra thì phải biết :

a) Máu chảy ở ngoài da chỗ vết mổ .

b) Máu chảy từ trong nội tạng, ổ bụng bệnh nhân ra .

- Tác dụng của theo rõi mạch và huyết áp lúc này càng có giá trị và quan trọng vô cùng .

- Và phải phối hợp với các xét nghiệm về máu như:

CH.TRI. Cong tac hoi suc va san soc bn truoc va sau KL/-3-
khi mo ; C.16

+ Hồng cầu, Huyết sắc tố, hematocrite .

- Nếu máu chỉ thấm ra băng và khô đi, có nghĩa là máu chảy thường : "Ô vết mổ". Cần thay băng và băng hơi chặt lại là đủ .

- Nếu mạch - huyết áp, hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrite, nói lên tình trạng chảy máu trong mạch nhanh nhỏ, huyết áp thấp, hồng cầu - huyết sắc tố - hematocrite thấp .

Phải cho hồi sức ngay :

a) Truyền máu hay huyết tương khô .
b) Truyền thanh huyết ngọt ùi chuồng nhỏ giọt chậm .
c) Cho sinh tố K , C và Calcium để chống chảy máu và đồng thời phải nghiên cứu lại .

"Nguyên nhân chảy máu bên trong" đã có cách xử trí dùng .

- Mổ lại để cầm máu (A) .
- Hay cho thuốc cầm máu (B) .

A/ PHAU THUAT LAI :

a) Mổ lại chỗ mổ : tìm chỗ xuất huyết mạch máu chảy.
b) Thắt lại mạch máu , hay khâu lại mạch máu .

+ Tuột chỉ .
+ Quên không thắt (buộc chỉ)
+ Máu chảy ở cơ hay chỗ chai cứng .

B/ NEU NGUYEN NHAN CHAY MAU TRONG LA DO SUY GAN, TRANG THAI DE CHAY MAU, BENH MAU v.v....

Cho những thuốc chống chảy máu :

+ Extrait de foie .
+ Campollon .
+ Calcuim .
+ Vitamine K .
+ Vitamine C .
+ Sistonal .
+ Truyền máu mới .

2/ Choang :

a) Chảy máu : Nguyên nhân làm cho Bệnh nhân bị choáng
Bệnh nhân bị : vã mồ hôi. Mạch nhanh . Huyết áp và nhiệt giảm.

Cho điều trị : Cho truyền máu hay huyết tương, dung dịch Dextran, hay huyết tương ngọt ưu chương kết hợp với Noradrenaline 1,2 ống nhỏ giọt chậm vào tĩnh mạch .

b) Nhiễm trùng : Hay xuất hiện ngày thứ 3 sau khi mổ .

Cần theo rõi :

- Thay băng ngày thứ 3 .
- Xem vết mổ có nề không ?
- Có mưng mủ không ?
- Xét nghiệm bạch cầu và công thức bạch cầu .
- Bụng phản ứng của phúc mạc .

Thuốc cho :

- Kháng sinh liều mạnh .
- Chườm đá.
- Phong bế tại chỗ với kháng sinh và Novocaine.

3/ Huyết khối (embolie).

Máu bị đông cục lại ở tĩnh mạch vùng vết mổ bị tung về phổi sẽ gây tắc nghẹt động mạch phổi" : tức thở, nghẹt thở, trụy tim mạch v.v....

a) Theo rõi hơi thở của Bệnh nhân: nhanh, ngắn bị ho liên tục và khó .
b) Khạc ra đờm máu hồng .
c) Thuốc sử dụng heparine 5000 đơn vị pha với thanh huyết mặn đẳng chương tiêm tĩnh mạch chậm .

Ghi chú : Phải theo rõi prothombine máu .

4/ Suy gan thận : (insuffisance hepato - renale) nhất là trong những bệnh mổ về "gan mật" những bệnh " nhiễm trùng nặng" .

Tình trạng toàn thân mệ mệt, lưỡi bự, vẻ mặt nhiễm độc, chức phận gan suy kém, đi đái ít, ureo máu càng cao. Có albumine + cylindres trong nước tiểu v.v....

Cần phải :

- Xét nghiệm lại chức phận gan
- Xét nghiệm nước tiểu : ureo ,Sedimeuts albumine-glucose .

- Xét nghiệm máu : Bạch cầu và công thức bạch cầu.

5/ Chậm nhu động ruột :

Bình thường sau 24 giờ hay 48 giờ là bệnh nhân có thể tự đánh rắm được .

Nhưng cũng có bệnh nhân trung tiện chậm ta phải .

a) Khám bụng hàng ngày hàng giờ cho bệnh nhân nghe nhu động ruột .

b) Giải quyết tăng cường nhu động ruột .

- Cho Prostigmine tiêm dưới da .
- Ống thông đặt hậu môn (sonde rectale)
- Thụt nhỏ giọt huyết thanh mặn ưu chừng 150ml — 200ml .
- Châm cứu và các biện pháp đông y .

6/ Phế viêm :

Ở bệnh nhân già yếu sau khi gây "gây mê nội khí quản".

Ống nội khí quản và Ether , dễ làm cho ống khí quản và phổi bị phù nề gây phế viêm :

- Cần phải :

&- Nghe phổi hàng ngày cho bệnh nhân .

&- Cho thuốc ho cho bệnh nhân .

+ Terpure codeine
+ H. Cajeputee .

&- Ủ ấm ngực cho bệnh nhân .

+ Băng ngực bằng bông ấn .
+ Xoa dầu camomille vào ngực hay H.Cajepu - tee vào ngực .

&- Nằm : tư thế Fowler, nửa nằm nửa ngồi cho dễ thở .

7/ Ăn uống :

Sau đại thủ thuật về bụng, hoặc các trung thủ thuật có ảnh hưởng tới ổ bụng và phúc mạc như nhiễm trùng nặng hay phúc mạc viêm .

a) Không ăn uống nếu chưa có nhu động ruột .

b) Chỉ ngậm 1 cục con nước đá hoặc uống từng thìa cà-phê .

Nước đường: uống từng 1 hay 2 giờ 1 lần nếu khát.

&- Cách thức ăn và uống sau khi có trung tiện.

- Ăn và uống từ ít, đến vừa rồi đến nhiều.
- Và từ lỏng, đến đặc, đến ăn bình thường tùy theo loại thủ thuật, ví dụ như ruột thừa viêm thể hoại tử, abcès, hay cắt đoạn dạ dày, mổ gan mật v.v....

√ ngày 1 nhịn ăn.
— 2: cho uống nc đường: thìa càfê / thìa
— 3 —

CXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

4 : 2 : 64 AI

139-

[illegible]

NHỌT DẦU ĐINH ([illegible])

=:=:=:=:=:=:=:=:=

I.- NGUYÊN NHÂN.

– Da dễ bẩn nhớt ghi, hoặc nóng [illegible] hoặc vì trùng đột nhập được lỗ chân lông gây nên bị nhọt.

Thường thấy và thấy nhiều nhất là tụ cầu trùng vàng (sta-phylocoque doré) Vi trùng vào lỗ chân lông rồi vào xâm trong da làm tiêu hủy tổ chức liên kết tuần hoàn (tissu conjonctiva-vasculaire) bao quanh chân lông. Chân lông bị tiêu hủy tạo thành ngòi của nhọt.

– Cơ thể khỏe mạnh, [illegible] tốt [illegible] điều trị tốt nhọt sẽ tan khỏi, da trở bình thường.

– Trường hợp dễ nặng, nhọt [illegible] thành mủ, [illegible] ngày sau nhọt mới vỡ mủ và ngòi mới ra được.

II.- TRIỆU CHỨNG.

Lúc đầu bệnh nhân thấy 1 cục nhỏ, hơi đau, đau ở [illegible].

Ngày thứ 2, bệnh nhân thường hay thấy sốt đau [illegible] sưng lại to lên. Sờ vào chỗ đau thấy [illegible] đỏ lên nhiều. Chỗ vùng đau bệnh nhân thấy rất nhức nhối, đau đớn khó chịu. Vẫn sốt đều hàng ngày.

Nhọt thường là một bệnh nhẹ nhưng cũng có thể: [illegible] viêm đường bạch huyết thành nhiều [illegible] - Hoặc [illegible] trùng huyết vi trùng theo đường máu [illegible] (septicémie) có thể bị tử vong. Hoặc bị viêm [illegible] xương [illegible].

+ Viêm tấy quanh thận
+ Viêm mủ khớp [illegible]
+ [illegible] v.v...

III.- ĐIỀU TRỊ:

Không được nặn vì [illegible] khi mủn mủ.

Toàn thân: uống sulfamide, [illegible]
Tiêm Penicilline

Tại chỗ = sát trùng, [illegible].

+ [illegible]
+ Phong bế: Novocaine
+ Thử nước tiểu: [illegible] bệnh đái [illegible].

Nếu có đường trong nước tiểu tiêm Insuline.

+ [illegible]

ABCES (Ap xe).

I.- NGUYÊN NHÂN.

Là 1 chỗ có mủ ở dưới da hoặc mũ dạ vào xâu trong cơ, thịt của Bệnh nhân do nhiễm trùng lao thành túi mũ đó. Có 2 loại áp xe.

1/ Áp xe nóng : do nhiễm trùng : đại đa số là : Tụ cầu trùng vàng do tiêm bị bẩn hoặc do lấp tuyến sữa ở vú v.v....

2/ Áp xe lạnh : Mủ từ ở lao cột sống chảy tới và động lại (Maldipott).

II.- TRIỆU CHỨNG :

a) Áp xe nóng :

+ Bệnh nhân bị sốt
+ Sưng nóng đỏ dau.
+ Có dấu hiệu ba động (fluctuation).
+ Làm chọc đò tìm mũ (ponction).

b) Áp xe lạnh.

+ Không có sốt
+ Tại chỗ : ở nóng, đỏ và đau
+ X quang : rõ lao cột sống (maldepott).

III - ĐIỀU TRỊ.

1/ Những áp xe nóng : Cần phải mổ chích để tháo mũ. Vị trí chỗ chích ở chỗ thấp nhất. Để ống dẫn lưu c... mủ sau 24 giờ sẽ rút ra. Băng lại v.v...

Dung thuoc = Sulfamide, Penicilline v.v...

2/ Áp xe lạnh : Điều trị bệnh lao cột sống là chính. Nếu Muốn lấy mũ ra.

- Dùng kim lớn và dài chọc từ chỗ da lành vào tới túi mũ, rồi hút ra.

- Không nên chích vì chích không có tác dụng lại gây lỗ dòtrường diễn.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lê văn [illegible] [illegible]

VIÊM PHÚC MẠC CẤP

Mục đích, yêu cầu.

1. Hiểu rõ viêm phúc mạc cấp là một [illegible]
[illegible]. Chẩn đoán và điều trị [illegible]

2. Nắm được [illegible] để có thể chẩn đoán được kịp thời.

3. Nắm được những [illegible] nguyên nhân.

I/ NGUYÊN NHÂN.

a/ [illegible]

b/ [illegible]

c/ [illegible]

d/ Vi trùng có thể theo đường máu [illegible] phúc mạc.

Vi trùng gây bệnh.

Thường do [illegible] vi trùng gây bệnh: [illegible], [illegible] lococcus, [illegible], [illegible], vi trùng yếm khí.

II/ GIẢI PHẪU BỆNH LÝ.

1. Phản ứng của phúc mạc để chống đỡ.

- Lá tạng của phúc mạc [illegible]
hơn lá thành. Lá thành [illegible]

- [illegible] ruột bị [illegible] liệt.

2. Chất dịch hoặc mủ trong ổ phúc mạc.

- Phúc mạc bị [illegible] vi trùng [illegible] trực tiếp [illegible].

- Chất dịch thường tập trung ở [illegible] hoặc ở [illegible] hạt Douglas.

Ngoài ra, còn có [illegible] (thủng dạ dày [illegible]) thủng tiểu tràng, ruột thừa, [illegible] [illegible] fibrin).

3. Phúc mạc tự vệ [illegible] chất fibrine.

Chất này [illegible]
thành [illegible] ruột [illegible]

174

III/ SINH LÝ BỆNH.

Phúc mạc có một diện rất lớn, có nhiều đám rối thần-kinh dưới phúc mạc, nên các chất độc do vi trùng tạo nên dễ thấm nhanh vào máu nên dễ gây tổn thương ở phổi, gan, thận...

IV/ TRIỆU CHỨNG.

Có nhiều thể phức tạp :
Trường hợp điển hình : Có 2 thời kỳ :

A) Thời kỳ đầu.

1. Dấu hiệu chức nhận :

- Đau : Triệu chứng đầu tiên đột ngột, dữ dội (tuy có người đau ít hoặc nhiều, nhưng đều làm cho bệnh nhân phải chú ý). Đau như dao đâm, chỗ đau tùy vị trí các thương - tổn : viêm hay thủng.

- Loạn chứng tiêu hoá :

+ Có nôn hoặc không.

+ Không đại và trung tiện (có giá trị tương đối trong thời kỳ đầu do ruột bị liệt) có khi bị đi lỏng (vì kích thích túi bịt Douglas).

2. Dấu hiệu toàn thân.

- Nhiệt độ : tăng (38^o - 39^o), giảm trong nhiễm độc (thủng ruột do thương hàn).
- Mạch : thường tăng (quan trọng).
- Nước tiểu : í; đặc, sẫm nâu.
- Vẻ mặt : thời kỳ đầu ít thay đổi. Có vẻ sợ hãi, lo buồn, nằm yên một chỗ.

3. Triệu chứng vật thể.

- Nhìn : Thành bụng không tham gia nhịp thở, chỉ có lồng ngực lên xuống theo nhịp thở. Hơi thở ngắn, nông, mau.
- Nắn : - Sờ nhẹ vào đã cũng rất đau.
- Các cơ cứng ngắc như gỗ, đá, không ấn xuống được hay có phản ứng tự vệ.
- Gõ : hai bên hông đục vì nước đọng.
Nếu bị thủng dạ dày hoặc thủng ruột thì gõ vang vì hơi dồn lên mặt trước gan.

4. Triệu chứng hoá nghiệm.

Số lượng bạch cầu tăng (bạch cầu đa nhân tăng và Stab cao)

B) Thời kỳ toàn diện : nguy ngập.

1. Dấu ...

145

1. Dấu hiệu chức năng:

- Nôn liên tiếp, mửa mật xanh, có thể thấy nôn phân (quá muộn).
- Không ỉa, không trung tiện được (nhưng có khi còn trung tiện hoặc đi lỏng do nhiễm độc).
- Đau liên miên không ngừng.

2. Dấu hiệu chung:

- Sắc mặt: Mặt hốc hác, xanh tái, mắt quầng thâm, mũi tóp lại, đẫm mồ hôi (vẻ mặt viêm phúc mạc!).
- Mạch: nhanh, yếu, nhỏ, không đều, [illegible] mạch chỉ.
- Sốt: 39° - 39°5.
- Khát nước, lưỡi khô, bẩn.
- Khó thở, nấc.
- Nước tiểu ít.

3. Triệu chứng vật thể.

- Toàn bụng căng trướng. Gõ: [illegible], 2 bên mạng sườn đục.

V/ HÌNH THÁI LÂM SÀNG.

Có 2 hình thái lâm sàng:

1/ Viêm phúc mạc cấp có [illegible]: Thường do thủng ruột thừa, thủng dạ dày, viêm các phần phụ của phụ nữ.

Triệu chứng rõ: Đau, co cứng thành bụng, nhiệt độ tăng (triệu chứng chính).

- Nếu không điều trị: bệnh nhân có chết trong 4-5 ngày.
- Mổ sớm tháo mủ: tiến triển tốt.

quan trọng chú ý

2/ Viêm phúc mạc, trong thể nhiễm độc: ít thấy, nhưng triển diễn nhanh chóng: Triệu chứng toàn thân nổi hơn vật thể và rất nặng.

- Khám: bụng hơi chướng, sờ vào không đau, co cứng ít.

+ Mạch, nhiệt ly giải (mạch nhanh, nhiệt độ gần như bình thường).

+ Khó thở, mặt xám, mắt lờ, mũi tóp, chân tay lạnh, bệnh nhân dãy dụa, lo sợ. Có thể chết trong ít giờ.

VI/ CHẨN ĐOÁN.

Cố gắng chẩn đoán sớm trong những giờ đầu để xử trí kịp thời.

Chẩn đoán quyết định. Chú ý: 1. Sự co cứng của thành bụng.

Khám nhẹ nhàng, kiên nhẫn vì:

- Các cơ không phải lúc nào cũng co đều nhau.
- Phân biệt co cứng do phúc mạc cấp với do bệnh nhân sợ đau hơn co cứng lại.

Nếu co cứng thật sự: bệnh nhân không chủ động được. Do đó, phải làm và nói cho bệnh nhân yên tâm.

2. Tìm triệu chứng đau.

- Tìm nơi đau nhất: chỗ nào đau nhất đầu tiên (giúp cho chẩn đoán nguyên nhân).

- Cảm giác đau ngoài da tăng: thường bệnh nhân lấy tay giữ bụng không cho sờ.

- Triệu chứng đau khi sờ.

- Đau dữ dội như dao đâm, mức đau.

3. Cơ hoành co và thành bụng không lên xuống theo nhịp thở.

Bệnh nhân thở nông, nhanh, nhẹ. Nặng vẻ hốt ra, thở khó, ho đau.

4. Sờ trực tràng.

- Sờ túi bịt Douglas rất đau, phồng.
- Với phụ nữ: có thể sờ cả âm đạo.

VII/ CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN.

- Hỏi tiền sử bệnh, tìm chỗ đau và co cứng đầu tiên (quan trọng).

- X quang: tìm liềm hơi (trong thủng dạ dày, ruột).

VIII/ ĐIỀU TRỊ.

Mổ khẩn cấp, không trì hoãn, nhưng nếu viêm phúc mạc do vi trùng Pneumocoque thì không nên mổ sớm (phải tìm: trùng Pneumocoque trong máu, nghe, soi điện phổi để xác định được ổ viêm) —— thường là ít thấy.

-Những điều cần tránh không được làm:

1. Không được tiêm morphine trước khi tới tay phẫu thuật viên vì thuốc sẽ làm mất các triệu chứng quan trọng nhất (đau, co cứng thành bụng, vv...)

2. Không ỉ lại vào thuốc kháng sinh mà không mổ. Nếu bệnh viện phẫu thuật ở xa thì có thể dùng Pénicilline từ 400.000 - 1.000.000 đơn vị và Streptomycin 1 g và ghi rõ vào giấy chuyển đi Bệnh viện.

3. Không được tiêm thuốc (bất kỳ loại nào) vào da bụng bệnh nhân.
4. Không tẩy hoặc cho thuốc: nhuận tràng.
5. Không thụt tháo.
6. Không cho ăn.

23/4/1963

Bài 1.

TRIEU CHUNG CHUYEN BUNG

- -

I/- ĐỊNH NGHĨA :

Chuyển bụng là 1 hiện tượng sinh lý đưa đến kết quả là đẩy thai nhi ra khỏi bụng mẹ (tử cung) theo đường âm đạo .

Người ta phân biệt.

+ Đẻ non là đẻ khi thai nhi được 6 tháng . Đứa con có thể sống được nếu được nuôi đúng cách.

+ Đẻ đúng tháng (gần 9 tháng)

+ Đẻ thường (đẻ tự nhiên)

+ Đẻ khó tức là có sự can thiệp bằng phương pháp sản khoa

II/- TRIEU CHUNG LAM SÀNG :

Đặc điểm của chuyển bụng là cơn co bóp tử cung thường kết hợp với cơnn đau bụng ở bụng và thắt lưng.

Chuyển bụng chia làm hai giai đoạn :

a)+ Giai đoạn chuẩn bị gọi là xoá hoặc mòn cổ tử cung

Trong thời gian này, cơn đau kéo dài độ 1/2 đến 1 phút khoảng cách dài từ 15 đến 30 phút. Đau càng nhiều, và ở âm đạo có chất nhày chảy ra gọi là nhựa chuối, có con số chỉ có lẫn máu tươi.

+ Giai đoạn mở: Đau nhiều, cơn đau kéo dài và khoảng cách ngắn dần đi.

Khi cổ tử cung mở hết, cơn đau chấm dứt và biến thành cơn rặn. Cơn co bóp lúc này kéo dài từ 1 đến 30 - 40 phút khoảng cách rất ngắn, có khi co bóp liên tục, làm cho đứt rặn liên tục.

b) + Trình độ mở : nhiều tác giả quy ước với nhau :

- mở đút một ngón tay ⟶ 1 phân

- nt 2 nt ⟶ 2 phân

- mở đến 11 phân là gần hết.

Khi mở hết thì không sờ thấy cổ tử cung nữa mà chỉ sờ đụng đầu ép cứng vào eo dưới của khung chậu.

c) Túi nước (còn gọi là ối)

/

148

Khi cổ tử cung bắt đầu mở, màng rau nơi ấy bị phơi bày ra, nước ối dồn vào chỗ trũng ấy làm thành 1 bọc nước gọi là túi nước.

Các kiểu túi nước:

- Túi nước dẹt -> chứng tỏ đầu thai xuống tốt, chặt, và do đó có tiên lượng tốt.

- Túi nước phồng -> chứng tỏ ngôi thai còn cao, không đóng chặt như: trong trường hợp ngôi mặt, ngôi mông, ngôi vai.

Tác dụng của túi nước:

* Tác dụng cơ học: góp phần làm cho cổ tử cung mở nhanh.
* Bảo vệ Thai nhi, chống nhiễm trùng.

Túi nước rất quan trọng do đó trong khi khám phải hết sức nhẹ nhàng để tránh làm vỡ túi nước sớm, nhất là trong ngôi ngược.

Túi nước vỡ non là khi cổ tử cung chưa bắt đầu mở
Túi nước vỡ sớm là khi cổ tử cung đã mở nhưng chưa mở hết
Túi nước vỡ đúng lúc là khi cổ tử cung đã mở hết.

Nước ối thường là trong, có khi trắng đục.

Khi nước ối có màu xanh cứt su là triệu chứng thai mệt trừ trong ngôi mông, thường là có lẫn cứt su

Khi nước ối có màu nâu và có khi thối -> là thai chết lâu trong bụng.

III/- THÁI ĐỘ XỬ TRÍ:

Không nên thăm âm đạo nhiều lần để tránh làm nhiễm trùng.

Trong lúc sản phụ "đau" không cần cho thuốc khoẻ, cấm cho thuốc chống co bóp, cũng không nên cho thuốc giảm đau. Nếu là con so đau bụng lâu quá 24 tiếng, không ăn uống gì được, mệt nhiều mới cần cho thuốc khoẻ.

Một việc cần làm là nghe và đếm tim thai, thường thường khi chưa vỡ ối, độ 1/2 giờ đến 1 giờ nghe 1 lần, nếu ối đã vỡ thì đặc biệt nghe thường xuyên có khi 15 phút phải nghe 1 lần

Chú ý : Không nên nghe trong lúc tử cung đang co cứng
Tốt nhất là cho sản phụ uống nước đường trong trường hợp sản phụ không ăn được vì đau.

Bài [illegible].

CHẨN ĐOÁN CÁC NGÔI THAI

-o-

I/- NGÔI VÀ HƯỚNG THAI :

- 6 tháng đầu, thai chưa có tư thế nhất định vì thai còn bé mà nước bao bọc quanh thai thì nhiều.

- 3 tháng cuối, do tử cung co bóp, do bào thai cựa quậy được, bào thai phải thích ứng với chỗ nằm.

Thông thường thai nằm co quắp lại, 2 tay khoanh trước ngực, 2 chân khoanh trước bụng, đầu quặp xuống ngực để chiếm 1 chỗ nhỏ nhất. Tư thế ấy làm cho toàn khối thai nhi thành hình 1 quả trứng, đầu to của quả trứng là phần mông, quay lên trên, còn đầu bé là phần đầu thai nhi lại quay trở xuống [illegible] tháng [illegible] lên.

II/- YẾU TỐ QUYẾT ĐỊNH NGÔI THAI.

+ Hình dáng tử cung.
+ Trương lực cơ tử cung và cơ thành bụng.
+ Thai nhi và sức cử động của thai nhi.
+ Nước ối nhiều hay ít.
+ [illegible] lồng [illegible] thường.

III/- HƯỚNG THAI : là phía thai "lọt"

Muốn biết rõ kiểu thai lọt phải lấy 1 điểm của thai nhi làm mốc. Hướng thai là quan hệ giữa mốc của thai nhi và bên xương [illegible] là hai đầu của hai đường kính chéo và đường kính ngang.

Ví dụ : điểm mốc thai ở về đầu trước của đường kính chéo trái là hướng trái trước, đầu sau là hướng trái sau.

Trước khi thai lọt và eo trên, người ta chỉ chẩn đoán được ngôi thai ; lúc thai lọt rồi mới chẩn đoán được hướng.

IV/- NGÔI THAI : 2 loại : ngôi xuôi và ngôi ngược.

Trong ngôi xuôi, người ta phân biệt ngôi [illegible] và ngôi [illegible].

+

+ +

NGÔI - ĐẦU

Chẩn đoán ngôi đầu : thường gặp nhất : 95%

Nhìn : chiều dài của bụng dài hơn chiều ngang

Nắn : một khối tròn, [illegible], rắn, [illegible], [illegible], 1 bên thấp [illegible] có 2 [illegible] ; 1 bên cao [illegible], 1 [illegible] hơn : là phần mông

- Phía trên 1 khối to hơn, [illegible] là lưng
- Hai bên : 1 bên [illegible], lổn nhổn, lồi lõm : là tay chân
  1 bên [illegible] [illegible]

Thăm âm đạo : [illegible] [illegible] bụng, [illegible] có cảm giác [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]

Nghe : Tim thai rõ nhất ở vùng dưới rốn [illegible].

Chẩn đoán hướng thai :

Lưng bên trái tim thai nghe bên trái đường giữa là hướng ..
Lưng bên phải tim thai nghe ben fải đường giữa hướng fải

Khám âm đạo cho biết chắc chắn hơn :

- Thóp sau về bên trái là hướng trái
- Thóp sau về bên fải là hướngfải.

\+ + +

NGOI - MONG

Là một ngôi xuôi, phần mông xuống trước

Xếp loại :

1/- Ngôi mông đủ : thai ngồi xếp bằng, 2 chân xếp lại, đùi gập vào mình. Có khi thai ngồi xổm, đưa 2 bàn chân ra trước.

2/- Ngôi mông thiếu: chỉ có mông xuống, 2 chân duỗi thẳng lên tận đầu dài theo mình.

Trong trường hợp đẻ non (dưới 6 tháng) thường gặp hơn, thai đủ tháng chỉ gặp 1 hay 2 trường hợp trong 100 trường hợp đẻ.

Chẩn đoán :

Nhìn : Ngôi xuôi như trong ngôi đầu

Nắn : 2 hố chậu trông rỗng ; cao lên trên xương mu 1 chút có 1 khối to, mềm là mông.
ở phần trên cục tử cung lại nắn được 1 cục rắn, tròn, xô qua đẩy lại được dễ dàng là cái đầu.

Nghe : Tim đập rõ ở vùng gần rốn hay trên rốn mẹ

Thăm âm đạo: Lúc chưa chuyển bụng : không tác dụng
Lúc đã chuyển bụng nhất là lúc ối đã vỡ, cổ tử cung đã mở thì có rất nhiều triệu chứng chính xác.

1/- Ngôi mông đủ : sờ được 2 bàn chân
2/- Ngôi mông thiếu: sờ được 2 mông to, giữa có rãnh là lỗ đít và bộ sinh dục ngoài nếu là con trai càng dễ nhận.

\+ + +

NGOI - VAI

Theo nằm theo chiều ngang của tử cung .Tay hay là vai ra trước.

1/ Chẩn đoán :

Lúc chuyển bụng mới dễ chẩn đoán

Nhìn: Tử cung dài bề ngang hơn bề cao, do đó bề cao tử cung không ăn khớp với tuổi thai.

Nắn: Lòng chậu trống. Một bên hố chậu là đầu: tròn và rắn, bên đối diện là phần mông: mềm, phần đầu thì thấp hơn phần mông. Đầu ở về bên nào thì vai ở về hướng đó. Lưng xoay về phía trước hoặc phía sau.

Về trước : thì nắn được phần lưng nhẵn

Về sau : thì sờ nắn được chân tay lổn nhổn

Nghe : Tim đập mạnh, thấp dưới rốn mẹ.

Thăm âm đạo : Lúc có mang thai rất cao
Lúc chuyển bụng ối chưa vỡ cũng khó.
Lúc ối vỡ rồi : dễ chẩn đoán hơn, sờ đụng tay, nách và xương sườn.

II/- Hướng của ngôi vai :

+ Vai phải hướng trước
+ Vai trái hướng sau
+ Vai trái trước
+ Vai phải sau

Chú ý : Nếu lưng quay ra sau thì vai của thai và hướng sẽ cùng tên.
Lưng ra trước thì vai và hướng sẽ khác tên.
Ví dụ : vai phải lưng sau xoay về bên trái.
Vai trái lưng trước xoay về bên phải

+

+ +

NGOI - MAT.

Là một ngôi xuôi, đầu ngửa ra sau lưng (ngược lại đối đầu) chẩm gần dính vào lưng và lưng ưỡn ra trước.

Rất ít gặp, 1 trên 250 trường hợp đẻ.

Chẩn đoán :
Nhìn : Cũng như trong trường hợp ngôi đầu (xuôi)

Nắn : Cũng thấy 1 khối rắn, tròn, nhưng 1 bên quá cao hơn kia là chẩm, rãnh giữa chẩm và lưng rất sâu.

Thăm âm đạo : khi chưa vỡ ối, khó đoán chính xác. Nếu bọc ối đã vỡ, sờ thấy đầu còn rất cao, sờ được mồm là tốt, nếu cho 1 ngón tay vào mồm, thai sẽ mút ngón tay như bú, động tác này có tác dụng để chẩn đoán phân biệt ngôi mông thiếu (đã nói trong ngôi mông).
.Khi ối vỡ đã lâu, mặt thai như bị xưng lên vì máu dồn xuống đấy, ép cái mũi lại, nên khi khám có thể nhầm với ngôi mông thiếu.

Xác định hướng : lấy cằm thai nhi làm mốc để định hướng cằm về bên nào là thai nằm về bên ấy.

Nghe tim : tim đập ở vùng gần rốn mẹ.
Thế cằm phải sau : nghe tim xa trên đường từ rốn đến gai chậu trước phải.
Cằm trái trước : tim nghe rất rõ về bên trái

Cằm phải trước : tim nghe yếu trên đường giữa.

Cằm trái sau : nghe rõ về phía trái.

Phân biệt ngôi đầu với ngôi mặt.

A/ Ngôi đầu:

Nắn : đầu vào nằm tròn trong xương chậu. Phía cao và phía thấp không cách nhau xa, rãnh cổ không sâu

Thăm âm đạo : Đụng được thóp sau (tam giác), không sờ được mắt mũi mồm.

B/ Ngôi mặt :

Nắn : rãnh cổ rất sâu. Phía cao, cao hơn phía thấp rất nhiều

Thăm âm đạo : sờ được mồm. Có khi sờ được cả mũi.

+
+ +

Bài 3.

CHẢY MÁU TRONG THỜI KỲ CÓ THAI .

-O-

I/- SẢY THAI.

Thường gặp trong thời kỳ đầu dưới 3 tháng.

A/- Triệu chứng:

- Chảy máu đỏ tươi + đau bụng vùng trên xương mu. Tính chất đau từng cơn cùng 1 lúc với co bóp của tử cung

B/- Sờ nắn, gõ nghe: thường không có tác dụng.

C/- Thăm âm đạo : rất cần thiết.

- Cổ tử cung
  - 1/ Đóng → Nếu thân tử cung to là thai chưa ra. Nếu thân tử cung nhỏ là thai đã ra rồi.
  - 2/ Mở → Nếu thân tử cung to thì là thai chưa ra hoặc ra rồi mà còn sót rau. Nếu thân tử cung nhỏ là thai ra rồi và còn sót rau.
- Có máu dính theo tay, có cả Cục máu. Máu cục là triệu chứng của sẩy thai (chú ý : thấy kinh thường, máu không bao giờ đông lại thành cục)

II/- VỠ THAI NGOÀI TỬ CUNG:

Là một trường hợp cấp cứu cần phải/cần phải biết vì thường gặp và rất nguy hiểm

A/ Triệu chứng:

- Đau bụng dữ dội : 1 phụ nữ tắt kinh được 1,2 tháng bỗng nhiên bị đau bụng dữ dội, đau có khi bị ngất đi, toát mồ hôi; đau như dao đâm vùng bụng dưới; đau ở trong sâu, mệt khát nước, hoa mắt. Mạch yếu, nhanh.

B/- Sờ nắn: Bụng chỗ nào cũng đau. Có fản ứng thành bụng.

C/ Thăm âm đạo:

+ Có máu màu cà phê
+ Cổ tử cung đóng kín, mềm (triệu chứng có thai)
+ Cùng đồ sau (Douglas) rất đau. Khi sờ đến bệnh nhân kêu to, gọi là tiếng kêu Douglas.

+
+ +

III/ TRỨNG THAI.

A/ Triệu chứng thực thể :

- Chảy máu : máu đỏ tươi từ tử cung chảy ra, có khi chảy rất nhiều, có khi chảy ít nhưng tái đi tái lại nhiều lần cách khoảng vài ngày.

B/ Sờ nắn : Bệnh nhân không đau đớn gì cả.

Tử cung mềm và to nhiều hơn tuổi thai.

Nghe : Không có tim thai, bệnh nhân không nghe thai máy

C/ Thăm âm đạo : cổ tử cung mềm (triệu chứng có thai)

IV/ TIỀN - RAU.

Thường gặp trong thời kỳ thứ 3 (6 đến 9 tháng)

A/ Triệu chứng :

- Máu chảy từ trong tử cung rất nhiều, màu đỏ tươi, thường bắt đầu ban đêm, có khi tái đi tái lại nhiều lần, mỗi lần một ít, không đau đớn gì cả.

Triệu chứng này hơi giống triệu chứng của thai trứng, nhưng chỉ có khác là cùng triệu chứng như nhau mà nếu dưới 6 tháng thì chẩn đoán là thai trứng và trên 6 tháng thì thường là tiền rau)

- (Chú ý : 99% là đúng)

B/ Sờ nắn : Bụng bình thường, thai nhi sờ được bình thường.

Nghe : Có tim thai.

C/ Thăm âm đạo : Nếu cổ tử cung hở thì có thể sờ được bên trong - đóng hai kiểu : cạnh và giữa.

Nếu rau đóng hoàn toàn giữa thì không sờ được đầu, mà tay trực tiếp sờ vào rau có cảm giác như 1 cái đệm.

Nếu rau đóng cạnh thì sờ được đầu cùng thời sờ được 1 mép rau.

+ +

V/ RAU TRỐC SỚM.

Cũng như tiền rau, thường là xảy ra gần tháng đẻ

A/ Triệu chứng:

- Đau bụng nhiều, có cảm giác trằn, quặn phía sau, vùng eo lưng.
- Bệnh nhân có triệu chứng chảy máu trong : mặt tái xanh mệt, đồng thời cũng có máu bầm đen chảy ra âm hộ.

B/ Sờ nắn: Tử cung cứng như gỗ, không nắn được.
Nghe : không nghe tim thai được vì thai đã chết.

C/- Thăm âm đạo: cổ tử cung cứng, không mở.

+

+ +

CHẢY MÁU SAU KHI ĐẺ.

Sau khi thai nhi ra khỏi bụng mẹ, trong khi chờ đợi rau trục thì sản phụ không chảy máu. Nếu có chảy máu thì gọi là băng huyết trước khi lấy rau, và khi rau ra rồi nếu có chảy máu thì gọi là băng huyết sau rau.

Trong trường hợp nào cũng là bệnh lý cả và cũng phải giải quyết cấp cứu cả và triệu chứng cụng như nhau cả. chỉ có cách xử trí là khác nhau.

A/ Triệu chứng:

Máu đỏ tươi, ra rất nhiều, ra như người đi đái, có khi máu chảy như cầm chai nước mà trút ra.

Sản phụ rất mệt, mệt đến không nói được, mặt tái xanh, đổ mồ hôi, mạch nhanh, huyết áp tụt (triệu chứng chung của người mất máu).

B/ Sờ nắn : Tử cung mềm nhũn (gọi là liệt) kích thích cũng không co lại được.

C/- Thăm âm đạo : Cổ tử cung mở rộng vì mới đẻ. Có thể biết cổ tử cung có bị rách không ? Trường hợp cổ tử cung rách cũng có chảy máu nhiều như vậy nhưng tử cung thì không bị liệt.

Nhận định chung về chứng chảy máu trong thời kỳ thai sản.

Tất cả những trường hợp chảy máu trong thai sản đều nguy hại cho bệnh nhân, và tất cả đều là bệnh cấp cứu cho nên cần phải biết chẩn đoán chính xác và chẩn đoán thật sớm để gửi đến nhà chuyên môn giải quyết.

Trong khi chờ đợi chuyên khoa, cần phải biết những gì cần làm, những điều cần tránh.

1/- Những việc nên làm :

- Lúc nào có chảy máu cũng phải thăm âm đạo để nhận định tình hình của cổ tử cung.
- Xem mạch, huyết áp để biết tình hình choáng nặng hay nhẹ do chảy máu.
- Đếm máu và công thức bạch cầu, cũng như trong mọi trường hợp chảy máu nói chung.
- Nghe tiếm thai (khi chưa đẻ) - trợ tim.

2/ Những việc không nên làm.

- Không tấn tampon vào âm đạo trước khi nắm chắc tình hình cổ tử cung.
- Không được cho thuốc cầm máu trước khi giải quyết nguyên nhân chính (tùy trường hợp cách giải quyết có khác nhau)
- Không được tiêm post.hypophyse và ergotine khi tử cung chưa sạch (tức là còn thai nhi, hoặc rau, hoặc sót rau).
- Không nên tiêm sérum hoặc truyền máu trước khi cắt đứt nguyên nhân chảy máu.

+
+ +

Bài một .

Lê văn Hồng

DO DE THUONG NGOI CHOM

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

I/ Chuẩn bị sản phụ trước khi đỡ .

II/ Chuẩn bị dụng cụ .

III/ Theo rõi và sử trí trong và sau khi đẻ .

I.- CHUẨN BỊ TRƯỚC KHI ĐẺ .

Một sản phụ nào nếu không đẻ rơi ngay ta phải cạo lông, rửa sạch âm hộ và thụt tháo kỹ vì :

- Nếu trực tràng đầy phân khi đẻ sẽ ảnh hưởng đến sự tiến triển của thai nhi .
- Nếu đầy phân khi đẻ phân ra mất vô trùng .

II.- CHUẨN BỊ DỤNG CỤ :

Chỉ cần 2 kìm Kocher, 1 kéo sắc, sợi chỉ quận băng gạc và áo mũ tả lót cho cháu .

III.- THEO ROI VA SU TRI TRONG VA SAU KHI DE .

1/ Theo rõi thời kỳ lọt : Con so tháng thứ 9 lọt, con rạ lúc chuyển dạ mới lọt . Xem đầu có lọt được không? do khung xương co hẹp không ? có úng thủy không .

2/ Thời kỳ xuống : Nếu đầu xuống tốt tầng sinh môn phồng lên và khi xuống hết hậu môn sẽ no tròn và nhìn thấy đầu, lúc này chỉ theo rõi cơn co tử cung và tim thai, bao giờ cổ tử cung mở hết mới cho sản phụ rặn (rặn sớm có hại cho mẹ và con) .

3/ Thời kỳ sổ thai : Lúc này đòi hỏi người đỡ phải can thiệp 1 cách tích cực để tránh rách tầng sinh môn, đỡ đầu để hơn, đỡ vai ra để thôi .

a) Đỡ đầu :

Hướng dẫn cách rặn cho sản phụ rặn dài hơi cùng cơn co tử cung, đừng rặn vặt mất sức, hướng dẫn đầu ra dần dần cúi và ngửa đúng lúc đó các tổ chức đủ thời gian ran mỏng, khi chẩm đá đến bờ xương vệ lúc đó tay trái ấn chẩm cho đầu cúi thật tốt để thai ra theo đường kính nhỏ nhất tránh rách, tay phải bàn tay chặn kỹ tầng sinh môn trong lúc đó sản phụ vẫn rặn để hạ chẩm tới bờ xương vệ .

156

b) Thì ngẳng đầu :

Lúc này không cho sản phụ rặn nủa bảo há mồm thở hoi dài, lúc này ta chủ động lấy 1 tay đỡ vào chỏm đỡ ngủa rất chậm, có thể nắm lấy chỏm nghiêng chỏm này ra truớc, chỏm kia ra sau, lúc này lấy tay ấn tầng sinh môn đẩy vào vùng trán cho ngôi ngủa dần, nếu cần đầu còn chặt bảo rặn thêm nhẹ 1 tý, nếu có rau cuộn cổ 1 vòng lỏng thì luồn qua nguòi, nếu chặt 2, 3 vòng lấy 2 kìm kocher cặp 2 bên 1 cuông rốn lấy kéo cắt ngang giủa .

c) Đỡ vai : Khi đầu sổ vai chua xoay ta giúp cho xoay đuòng kính truớc sau và kéo thai xuống fía chân ta, cho vai truớc ra truớc sau nhấc hẳn thai lên và lấy thai ra ngoài, khi đó phải để chùng cuống rốn, kéo căng gây róc rau sớm .

CHI DINH CAN THIEP .

- Con so cổ tủ cung mở hết rặn 3 giờ con rạ rặn 2 giờ không tiến triên tim thai suy phải chỉ định forceps hay mổ - (xem bài chỉ định forceps) .

BAI II

DO RAU THUONG

I/ DAI CUONG .

II/ CO CHE SO RAU

III/ SO RAU LAM SANG .

IV/ SU TRI KHI KHI RAU RA .

I.- DAI CUONG .

Sổ rau là 1 giai đoạn dài tủ khi con ra đến khi rau ra hoàn toàn độ 15 - 30' .

Có 3 thì :

- Thì nghỉ sinh Lý
- Thì co bóp tử cung róc rau .
- Thì tống rau ra .

Sổ rau là giai đoạn rất quan trọng, tủ lúc đẻ xong rất bình thuờng, khi sổ rau nếu ta không nắm vủng co chế có thể băng huyết chết sản phụ .

1/ Thì nghỉ sinh lý : sau khi con ra co tử cung co lại (chỗ rau bám không co) do tính chất dàn hồi lúc này hoàn toàn không chảy máu ta không sờ mó đến .

2/ Thì co bóp róc rau : sau 15 - 30' tử cung lại co bóp từng cơn như lúc đẻ, toàn bộ tử cung co bóp. rau dần dần róc, lúc co thì không chảy máu lúc nghỉ co tử cung dãn ra có chảy 1 tý máu, lúc này nếu tử cung đờ ra nghỉ lâu là nguy hiểm .

3/ Khi tử cung co bóp đẩy rau xuống âm đạo nhờ co thành bụng co bóp đẩy rau ra ngoài , sau khi rau ra tử cung hoàn toàn rắn chắc vì không được chảy máu, nếu chảy máu là bệnh lý .

, Nhớ không được cầm cuống rốn kéo sẽ gây chảy máu và có thể làm lộn tử cung ra ngoài .

Thì 1 và thì 2 chỉ theo rõi không làm gì .

Thì 3 rau đã róc hoàn toàn lấy tay ấn sát xương mu thấy cuống rau chạy vào là chưa róc, nếu cuống rau nằm yên hay chạy ra là đã róc, sau khi rau ra nếu còn sót phải lấy ra hết, nếu sót màng thì nó sẽ tự ra theo máu hôi .

4/ Kiểm tra rau :

- Xem màng rau có đủ không .
- Xem mặt rau mẹ mũi mũi, mặt rau con nhẵn ; nếu mạch máu ra tới bờ rách có thể còn rau phụ (mặt con).
- Mặt mẹ mũi mũi thường 18 - 20 múi, nếu mất 1 múi hay ít là sót rau .
- Xem rau to bé, có thối không, Thường rau nặng 500 gr bằng 1/6 con là bình thường .

5/ Săn sóc sản phụ sau khi đẻ :

- Người mẹ sau khi đẻ phải tỉnh táo, mặt tươi tỉnh và hơi buồn ngủ có là bình thường .
- Rửa sạch âm hộ ngoài .
- Kiểm tra có rách không .
- Đóng khố gạc, sát trùng âm đạo .
- Cho về buồng nhẹ nhàng tiếp tục theo rõi .
- Nếu rét cho ủ ấm , uống nước nóng .
- Tuyệt đối không rửa nước trong âm đạo .
- Cho ăn nhẹ ngày đầu .

6/ Săn sóc con .

Khi cắt rốn dài độ 4cm xong, chấm iodo vào đầu rốn, nhỏ thuốc mắt Argyrol 3% và hút hết đờm giải trong mồm, cho cháu nằm nghiêng đầu để ra hết đớt dãi còn lại trong cổ .

NHIỄM TRÙNG HẬU SẢN

I.- ĐẠI CƯƠNG .

Đầu tiên người thầy thuốc phải nhớ rằng 1 sản phụ sau khi sinh đẻ xong dù là đẻ thường cũng là 1 thương tích , nên nhiễm trùng hậu sản luôn đe dọa sản phụ , nhiễm trùng có thể trực tiếp từ người này qua người khác do người thứ 3 làm trung gian đó là người thầy thuốc hoặc hộ sinh. Tỷ lệ chết về hậu sản trước rất cao từ 10 - 20% nay nhờ có kháng sinh và ý thức phòng bệnh cao nên tỷ lệ tử vong giảm đi nhiều .

II.- NGUYÊN NHÂN .

Ở âm đạo thường vẫn có vi trùng nay do đẻ rồi vi trùng đó gây nhiễm trùng gọi là nhiễm trùng nội sinh, có vi trùng ở nơi khác gây nên như ta khám âm đạo, đỡ đẻ, lấy forceps nội xoay thai tay ta và dụng cụ không vô trùng đều có điều kiện đưa vi trùng ngoài vào cho sản phụ , trong điều kiện người mới đẻ cơ thể yếu lại càng là điều kiện gây nhiễm trùng hậu sản dễ dàng

III.- LÂM SÀNG .

- Nhiễm trùng có giới hạn là ở âm đạo và tử cung
- Nhiễm trùng lan rộng đến ống dẫn trứng và các tổ chức xung quanh tử cung .

IV.- TRIỆU CHỨNG .

Viêm niêm mạc tử cung thì tử cung phục hồi chậm sau khi đẻ 20 ngày tử cung còn cao và đau , ấn càng đau và ra nhiều khí hư lúc đầu trắng sau vàng quánh và hôi .

sốt 38 - 39° người gầy yếu xanh xao, cổ tử cung vẫn mở .

Viêm phần phụ thường đau 2 bên tử cung ấn phần phụ đau mọi triệu chứng như viêm tử cung .

V.- CACH DIEU TRI .

Cho nằm nghỉ ngơi chườm đá ở bụng . Nếu nhẹ : cho sulfamide mỗi ngày uống 8 viên trong 5 ngày cho các loại sinh tố B1 , C .

NEU NANG :

Cho pénicilline liều cao 600.000 don vị 1 ngày và streptomycine 1g trong 5 - 7 ngày , ngoài ra cho Oetrogène giúp cho niêm mạc tử cung phục hồi được mau chóng cho các loại trợ súc sinh tố C , B1 .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Pénicilline 600 000 1 00 000
- Streptomycine 1g
dùng từ 5 - 7 ngày

- oetrogène 1 ống
- Luteine 1 ống
trong 7 ngày

bắp thịt

GÂY MÊ ETHER

NHẮC LẠI DƯỢC TÍNH.

- Ether mê (oxyde d'éthyle, ($C_2H_5)_2O$) là thuốc ở thể nước, không mầu sắc, có mùi đặc biệt kích thích, tỷ trọng 0,718 Ether lỏng ở 15°, sôi ở 35° [illegible] - Tỷ trọng hơi Ether là 2,5 (nặng hơn không khí).

Hơi Ether nặng hơn khí trời, rất dễ bốc cháy, do đó phải thận trọng tránh để gần lửa.

- Ether là 1 thứ thuốc mê mạnh, ít gây độc đối với tim, ít ảnh hưởng tới huyết áp, rất ít khi gây ngạt, tốt lời [illegible]. Ether tác dụng chậm, do đó thời kỳ kích thích kéo dài, kích thích niêm mạc khí đạo làm tiết nhiều niêm dịch, viêm khí quản, làm lạnh tới, cớ thể là nguyên nhân những biến chứng phổi sau mổ, gây nôn mửa.

- Bảo quản : đựng trong lọ [illegible], [illegible] tránh ánh sáng, Ether để ra ngoài khí trời ánh sáng và dễ bị phân hủy thành peroxyde, d'éther và aldehyde [illegible] vậy đã mở lọ nên dùng hết, không nên để lại dùng cho những ngày sau.

CÁC PHƯƠNG PHÁP GÂY MÊ ETHER.

1- Gây mê bằng gạc hay masque
2- Gây mê bằng máy Ombredanne.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA ETHER.

Không dùng Ether gây mê cho :

- Những người bị bệnh về phổi, người già, viêm cấp khí đạo.
- Đái đường
- Mổ sọ não (vì Ether là [illegible]).

CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHI GÂY MÊ.

Để phòng sự bài tiết niêm dịch khí quản, phế quản dùng Atropin tiêm dưới da 15 phút trước khi gây mê.

KỸ THUẬT GÂY MÊ ETHER VỚI CÁC LOẠI MASQUE.

Để gây mê Ether, có nhiều kiểu masque :

- Lấy gạc cuộn thành 1 cái vòng như lòng bàn tay, bên trong đặt một ít bông thấm nước - bên ngoài bọc vải kín.

- Masque kiểu Schimmelbusch : gồm 2 khung, lớp giữa hai khung 10 - 12 lần gạc.

Masque kiểu Julliard cũng gồm 2 khung phẳng [illegible], bên ngoài bọc vải, kín, bên trong có 1 lớp bông [illegible] nước [illegible].

Chu y : trước khi dùng masque hay gạc, nên tẩm qua nước cho ướt . Cách tiến hành - lấy vải che mắt bệnh nhân, tránh Ether vào mắt - bảo bệnh nhân thở đều và dài (bằng mũi và mồm).

1- Dùng cách giỏ giọt hoặc những liều nhỏ liên tục :

- Giỏ đều Ether vào gạc hay masque schimmelbusch: cứ cách 2 giây một giọt (ba mươi giọt /một phút) hoặc 6 -8cc trong một phút . Masque để cách mặt bệnh nhân khoảng 10cm, úp từ từ vào miệng và mũi bệnh nhân trong 1/2 phút - Tiếp tục giỏ giọt cho tới khi bệnh nhân mê - Thường khoảng 10 - 15 phút bệnh nhân mê các liều sau giảm dần .

- Cách khác : Đầu tiên giỏ XII giọt 1 phút , rồi tăng dần lên tới C giọt 1 phút, tới khi phản xạ nôn và nuốt mất. Sau 10-15′ tới thời kỳ III, giảm dần số giọt tùy từng bệnh nhân .

- Hoặc dùng masque Julliare : đổ 10 - 20cc Ether vào trong masque, sau 3′ - 5′ bệnh nhân êm .

2- Dùng một liều lượng lớn để gây mê nhanh .

- Giỏ giọt liên tục và nhanh vào gạc hay masque chimmelbusch - trước khi gây mê bảo bệnh nhân đếm to hoặc giơ tay - Giỏ giọt cho tới khi nào bệnh nhân ngừng đếm, tay rơi xuống.

- Với masque Julliard : đổ 30 - 40cc , Ether rồi úp vào mặt bệnh nhân - Sau 1-2′ tới thời kỳ I (mất cảm giác đau). Các liều sau giảm dần .

Cách dùng liều lượng lớn đòi hỏi thận trọng, theo dõi bệnh nhân từng giây, phút, masque phải thật kín, do đó đậm độ CO_2 tăng nhiều trong masque, gây tai biến nguy hiểm ; cách này chỉ nên áp dụng cho những bệnh nhân khỏe .

KY THUAT GAY ME ETHER BANG MAY OMBREDANNE.

Máy ombredanne gồm 1 masque thông với 1 bầu bằng kim khí trong đựng 8 - 10 miếng da thấm Ether - Có 1 cái nắp đậy phía trên bầu - Một bên bầu lắp 1 quả bóng cao xu mỏng, bên kia là cái vặn kim chỉ số từ 0 đến 8 . Phía sau cái vặn có 3 cửa sổ thông với không khí bên ngoài .

Bên trong bầu có 2 ống thẳng thông với Ether; 1 ống dọc nối với masque, 1 ống ngang và 1 ống chéo; các ống này đều thông với nhau - Giữa ống ngang có 1 cái trục rỗng, trên thành trục đục những lỗ khuyết, trục này xoay trong ống ngang và cố định với cái vặn kim .

Khi ta để kim ở số 0, các cửa thông với Ether đều đóng cả, bệnh nhân chỉ thở hít không khí bên ngoài thôi .

Nếu vặn kim tăng dần số lên, các cửa thông với Ether mở rộng dần, đồng thời các cửa sổ thông với không khí bên ngoài càng hẹp dần, bệnh nhân thở hít trong hỗn hợp không khí và ether mà đậm độ ether càng cao dần, và tăng lên mức tối đa ở số 8 .

Kim ở số 0

Kim ở số 2 - 6

Kim ở số 7-[illegible]

SỬ DỤNG :

Để kim ở số 0, mở nắp đổ 100 - 150cc Ether, đóng nắp lại.

- Bôi vaselin kín quanh miệng, bảo bệnh nhân thở đều, kim vẫn để ở 0, trong 1,2 phút.

- Vặn kim tăng dần lên, đừng nhanh quá, không chậm quá, (trung bình 20" - 30" tăng nửa số), khoảng 2 phút lên tới số 4.

Dừng ở số 4 khoảng 1,2 phút. Sau đó tiếp tục tăng lên, bệnh nhân qua thời kỳ kích thích và tới đầu [illegible] thì dừng lại, thường tới số 5,6 tùy tình hình bệnh nhân (tốt nhất là không nên quá số 6, trừ trường hợp bệnh nhân khỏe). Để ở đó 1 - 3 phút, rồi giảm dần xuống mức duy trì (1,2,3 tùy từng bệnh nhân).

Trong quá trình mê, nếu bệnh nhân tỉnh, tăng liều duy trì lên 1 chút. Thỉnh thoảng (30') bỏ masque cho bệnh nhân thở lại không khí bên ngoài. 30' trước khi mổ xong, đóng van Ether lại.

TAI BIẾN.

- Nhiều đờm dãi trong khi gây mê, có thể làm tắc đường hô hấp, gây khó thở, ngạt thở - Dùng gạc lau sạch hoặc dùng máy hút.

- Nôn mửa : do không nhịn ăn trước khi gây mê. Bỏ masque, để đầu bệnh nhân nghiêng một bên, lấy gạc lau sạch.

- Ho, sặc : do nồng độ Ether nhiều quá, bỏ masque ra 15" rồi tiếp tục gây mê, chú ý tăng dần tốc độ tăng liều lượng.

- Lưỡi tụt lấp hầu quản : đẩy hàm dưới ra phía trước hoặc đặt ống Mayo.

- Thiếu oxy : bệnh nhân [illegible] tím xanh, [illegible] cho bệnh nhân thở không khí bên ngoài. Nếu có điều kiện lắp vào 1 ống cao su dẫn oxy luồn dưới masque để tránh thiếu oxy.

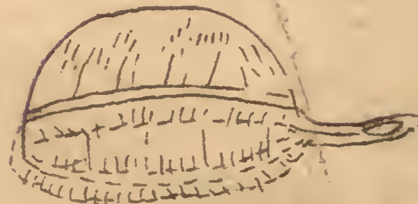
- Nhiều CO_2 trong máu (hypercapnie) : tai biến nguy hiểm nhất trong trường hợp gây mê lâu bằng máy Ombredanne ; Bỏ masque ra, cho bệnh nhân thở không khí bên ngoài, chú ý hút hoặc lau sạch đờm dãi nếu có, và thỉnh thoảng bỏ masque ra đề phòng .



Masque kiểu Schimmelbusch



Masque kiểu Esmarch



Masque kiểu Julliard .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lê văn Hồng
A1 - C2

GAY ME TINH MACH
-s s=s=s=s=s-

Có 2 loại thuốc mê tinh mạch chính :

1/ Hexobarbital : Evipan.

2/ Penthiobarbital : pentothal - nesdonal v..

Các dung dịch Evipan, pentothal thường dùng là : 5%, 2,5% , 2% ; 1% v v....

Pentothal là thuốc mê ở thể bột, màu vàng nhạt.

Pentothal làm giảm hoạt động trung khu hô hấp, gây giảm hô hấp, ngừng thở

Pentothal kích thích phó giao cảm, gây nên phản xạ co thắt thanh quản, hầu quản, phế quản, làm giảm huyết áp nhẹ. Pentothal 5 phút sau khi tiêm tĩnh mạch ở người mẹ, qua nhau vào bào thai .

Pentothal tác dụng rất nhanh . Trước khi dùng phải tan trong nước cất, và phải dùng ngay không nên để quá 24 giờ , vì sau thời gian tác dụng của pentothal giảm dần .

CHI DINH VA CHONG CHI DINH .

A/ CHI DINH :

+ Dùng để khởi mê
+ Gây mê phối hợp với các thuốc mê khác
+ Gây mê trong các trường hợp mổ nhỏ
+ Gây mê trực tràng ở trẻ con .

B/ CHONG CHI DINH .

+ Không dùng cho những bệnh nhân có hô hấp bị đe dọa, tình trạng khó thở hoặc có chướng ngại đường hô hấp do nguyên nhân nào đó .

+ Hen xuyễn
+ Bệnh tim nặng kèm theo khó thở
+ Bệnh gan nặng
+ Không dùng trong các phẫu thuật ở hầu quản và thanh quản .

NGUYEN TAC XU DUNG PENTOTHAL

1/. Ít nhất 6 giờ trước khi mổ không được ăn uống gì tránh tai biến nôn để pentothal kích thích phó giao cảm

2/ Dùng thuốc tiền mê, chủ yếu là thuốc chống co giật cảm như Atropin, scopolamin (15' đến 30' trước khi mổ Atropin 1/4mg - 1/2mg dưới da) .

3/ Sẵn sàng Oxy để làm hô hấp nhân tạo kịp thời khi bệnh nhân ngừng thở.

4/ Phải tiêm thật chậm, từng liều một, không được tiêm ngay một lúc một số lượng thuốc quá nhiều.

5/ Không có liều lượng quy định chung cho tất cả mọi người, phải tùy bệnh nhân, cân nặng, tuổi, thể trạng ...

KỸ THUẬT

Tiêm pentothal tĩnh mạch liều đầu tiên 0,20g, tiêm chậm trong 2 phút (4cc nếu là dung dịch 5%; 8cc dung dịch 2,5%), nghỉ 30" theo dõi bệnh nhân, nếu chưa ngủ tốt thì tiêm tiếp liều thứ hai: 0,10g (2cc dung dịch 5%), tiêm từ từ từng liều một như vậy có thể tới 0,30 - 0,50g [illegible], không nên quá 0,60g, khi duy trì tiêm từng liều nhỏ 0,025 - 0,05g (0,5cc đến 1cc dung dịch 5%) cách nhau [illegible].

Tổng số liều lượng pentothal cho 1 ca không nên quá 1g50 - 2g.

TAI BIẾN

1/ Ho: do gây mê nhẹ [illegible]
2/ Lưỡi tụt xuống, [illegible] ngạt thở. Xử trí: đẩy hàm dưới lên phía trước hoặc đặt ống Mayo.

3/ Co thắt thanh quản, nếu nặng có thể gây ngạt thở.

Xử trí: tiêm Atropin 1/4mg tĩnh mạch.
Nếu không kết quả có khi phải mở khí quản.

4/ Co thắt phế quản: hay gặp ở bệnh nhân bị hen hoặc [illegible].

Xử trí: tiêm Atropin, thuốc kháng Histamin.

5/ Giảm hô hấp và ngừng thở: thường do gây mê quá sâu. Xử trí: làm hô hấp nhân tạo ngay.

6/ Truy tim mạch, ngừng tim do thuốc: các trường hợp này rất hiếm.

GAY MÊ BẰNG CHLORURE D'ETHYLE





Chlorure d'ethyle là thuốc mê thể nước, rất dễ bốc hơi, được dùng dưới áp lực trong các [illegible] tinh; chlorure d'ethyle tác dụng rất nhanh, chỉ trong vòng [illegible] - [illegible]" bệnh nhân đã bắt đầu mê, và tỉnh dậy cũng chóng. Chlorure d'ethyle rất dễ bốc cháy.

CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH.

1/ Chỉ định :

+ Chlorure d'ethyle dùng trong trường hợp gây mê ngắn.

+ Dùng trong choáng nặng, người già

+ Gây mê trong sản khoa : nạo lấy thai, nạo tử cung...

+ Khởi mê cho trẻ con.

2/ Chống chỉ định :

+ Những bệnh tim, gan, thận [illegible].

+ Những bệnh cấp tính đường hô hấp

+ Không dùng trong [illegible] kéo dài, không dùng khi đốt điện, cắt bằng dao điện.

KY THUAT.

Dùng gạc hay masque kiểu Schimmelbusch che mặt bệnh nhân bằng một khăn vải - Bôi vaselin chung quanh mồm.

Đổ 2 - 3cc chlorure d'éthyle vào trong gạc hay masque. Để masque cách mặt bệnh nhân 10cm rồi úp dần masque vào mặt bệnh nhân trong 30". Bảo bệnh nhân đếm ngược từ 100 đến 1 và giơ tay lên. Sau gần 1 phút bệnh nhân đã bắt đầu mê.: bệnh nhân ngừng đếm và rời tay xuống. Tiếp tục cách nửa phút gio 1 - 2cc cho tới khi mê tốt. Tác dụng kéo dài 3' - 5 nếu muốn gây mê lâu hơn, duy trì bằng cách: mỗi phút gio 1c - 2cc (căn cứ vào nhịp thở v.v...) nhưng tổng số lượng nên quá 15cc - 20cc, nếu tới mức đó bệnh nhân vẫn không mê thì nên dùng thuốc mê khác.

Phương pháp khác :

Lúc đầu giỏ chậm nước [illegible] giọt/một phút, tăng dần lên ba mươi giọt/ một phút, trong vòng 1-2' phút bệnh nhân mất cảm giác, ta gio thêm 1 phút nữa, sau đó duy trì bằng Ether.

TAI BIẾN :

1/ [illegible] tim và những tai biến [illegible] chloroforme.
2/ Ngừng thở [illegible] không [illegible]
3/ Co thắt thanh quản : trong trường hợp nhiễm trùng đường hô hấp hoặc dùng liều lượng quá nhiều.

GÂY MÊ CHLOROFORME .
(CHCl³).

Chloroforme là thuốc mê [illegible] - Hơi chloroforme không cháy, không nổ - chloroforme là thuốc mê mạnh .

CHONG CHI DINH

Không gây mê chloroforme cho những trường hợp .

- Bệnh về tim
- Đái đường
- Bệnh gan thận
- Bệnh về phổi cấp tính hay kinh niên

KY THUAT

Dùng gạc hay mặt nạ
Bôi vaselin lên mũi, quanh mồm

Đầu tiên, giỏ trên mặt nạ ba giọt/ một phút, phút thứ hai: sáu giọt, phút thứ ba : mười hai giọt [illegible] về sau thì tăng dần số giọt nhiều hay ít tùy tình hình bệnh nhân, sau tới khi bệnh nhân mê - Trung bình 8 - 10 phút bệnh nhân [illegible] không dãy dụa (khoảng 7 - 8cc) [illegible] - Thỉnh thoảng cho hai - ba giọt trong 1 phút để duy trì

TAI BIẾN.

1/ Ngừng tim đột ngột do phản xạ sau khi ngửi hơi chloroforme đầu tiên: ngất trắng (syncope blanc).

2/ Ngừng thở hay ngừng tim do dùng chloroforme quá liều.

3/ Sau mổ : có thể bị viêm phế quản, phế viêm, tổn thương gan, thận, tim .

Những điều chú ý khi gây mê chloroforme và chlorure d'éthyle:

a) Phải thận trọng, gây mê đúng chỉ định, đúng phương pháp .

b) Đề phòng những tai biến, nên chuẩn bị tốt bệnh nhân trước khi gây mê : cho thuốc ức chế thần kinh thực vật, cho bệnh nhân ngủ tốt (atropin, Gardenal, phenergan v.v...).

c) Tuyệt đối không dùng Adrenalin trước và trong khi gây mê vì làm cho tai biến ngừng tim rất dễ xảy ra .

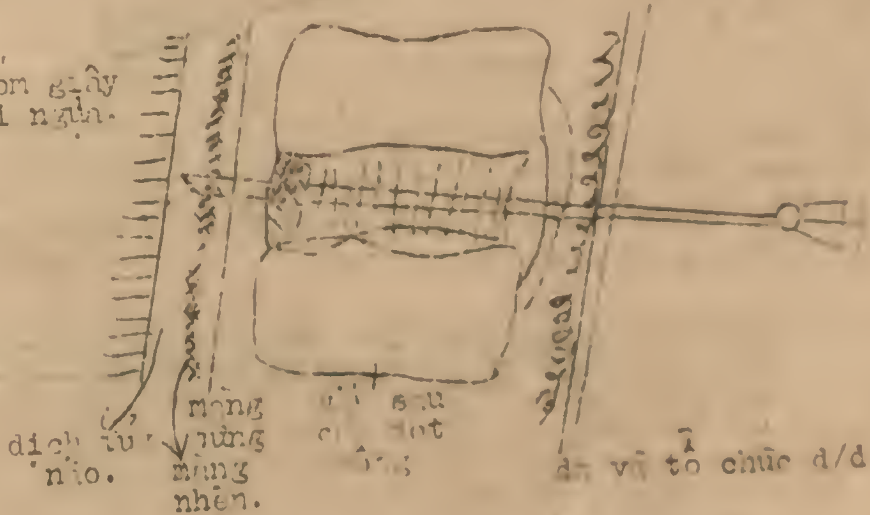
d) Phải làm hô hấp nhân tạo ngay khi bệnh nhân ngừng thở .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

LOẠI II . Phương pháp gây tê tủy sống . Các ...

1.- ĐỊNH NGHĨA :

&- Phương pháp gây tê tủy sống là 1 phương pháp gây tê khu vực, thực hiện bằng cách dùng kim chọc lưng, chọc vào khoang dưới mạng nhện (trong đó có dịch tủy não) và bơm vào trong dịch tủy não, 1 lượng dịch thuốc tê, theo liều lượng đã quy định .



&- Có 2 loại phương pháp gây tê tủy sống tùy theo vị trí chọc lưng cao hay thấp .

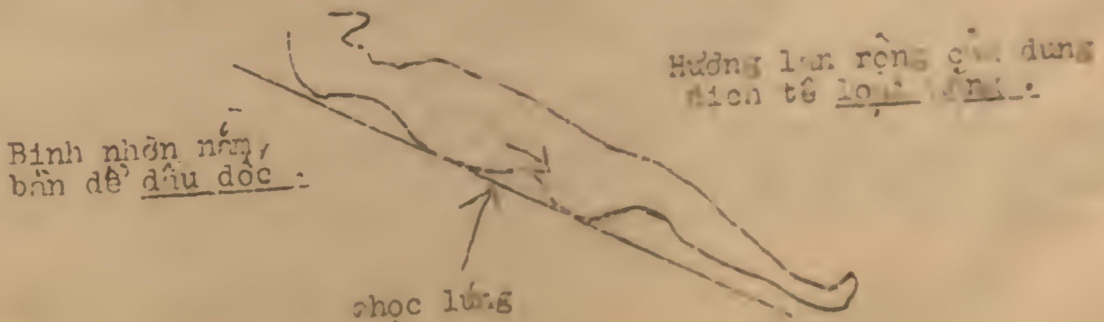
a) Gây tê tủy sống cao (nếu chọc lưng ở vùng các đốt lưng)

b) Gây tê tủy sống thấp (nếu chọc lưng ở vùng các đốt thắt lưng) .

II.- CƠ CHẾ TÁC ĐỘNG CỦA DUNG DỊCH TÊ TRONG PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ TỦY SỐNG

&- Dung dịch tê bơm vào dịch tủy não sẽ tuân theo 1 số quy luật lý học sau đây :

1/ Sự lan rộng của dung dịch tê hoạt động theo quy luật của trọng lực và tùy thuộc ở trọng lượng riêng (poids spécifique) của nó. Nếu dung dịch tê thuộc loại nặng (solutions hyperbares) nghĩa là trọng lượng riêng của nó lớn hơn trọng lượng riêng của dịch tủy não, thì thuốc tê sẽ có chiều hướng lan rộng về phía thấp (ví dụ dung dịch tê Novocaine 5% , 10% hay dung dịch Percaine 1% là dung dịch nặng) .



174

Nếu dịch dịch tê thuộc loại nhẹ (solutions hypobares), nghĩa là trọng lượng riêng của nó nhỏ hơn trọng lượng riêng của nước tủy não, thì trái lại, thuốc tê sẽ có chiều hướng đi lên : Vì dụ dung dịch Novocaine 1% , Percaine 0,5 là dung dịch loại nhẹ .

Hướng lan rộng của dung dịch tê loại nhẹ .

Bệnh nhân nằm bàn dốc đầu dốc .

chọc lửng .

Nếu dung dịch tê thuộc loại cân bằng (solutions isobares) nghĩa là trọng lượng riêng của dung dịch tê và dịch tủy não bằng nhau, sự lan rộng của thuốc tê không chiều hướng rõ rệt . Trong thực tế, người ta ít sử dụng dung dịch tê loại cân bằng . Vì khó điều chỉnh vùng tê 1 cách chính xác .

2) Trên bước đường lan rộng của dung dịch tê trong dịch tủy não, dung dịch tê sẽ bị tiêu hao đi do hiện tượng thấm rút vào (adsorption) các rễ thần kinh tủy sống và các gút giao cảm thần kinh, cắt đứt đường đi của các xung động thần kinh, tạo ra tình trạng tê có tính chất từng khúc, từng đoạn theo sự phân đoạn của tủy sống và đồng thời phong bế hoàn toàn hệ thống thần kinh giao cảm có liên quan đến chỗ chọc lửng, do đó mà giải thích được tình trạng mạch chậm, tăng cường nhu động ruột , hạ huyết áp, thường xuất hiện vào khoảng phút thứ 20 - 30 .

3/ Thời gian tê, mức độ tê tùy thuộc ở liều thuốc tê, ở nồng độ của dung dịch tê, nghĩa là nếu liều thuốc tê cao, nồng độ thuốc tê cao thì thời gian tê kéo dài hơn và mức độ tê càng nhiều hơn, ví dụ :

Nếu ta sử dụng dung dịch tê Novocaine 5% , với liều thuốc tê 2ml thời gian tê sẽ là 45 phút hay 1 tiếng và nếu liều thuốc tê là 2,5 hay 3ml thì thời gian tê có thể kéo dài đến 1giờ30 hay 1giờ45fút. Lẽ dĩ nhiên, chúng ta không thể tăng liều thuốc tê mãi, quá liều lượng quy định sẽ gây ra tình trạng đau đốc có thể . Thực tiễn áp dụng phương pháp gây tê tủy sống, chứng minh rằng càng gây tê tủy sống cao, chọc lửng ở giữa các đốt lưng 6,7,8 v.v... thường có hiện tượng tuột huyết áp nặng do hệ thống thần kinh giao cảm lưng bị tê liệt nhiều. Vì vậy mà nên áp dụng phương thức gây tê cao chỉ tích như sau :

a) Dung dịch tê loại nặng : như Novocaine 5% hay Percaine 1
b) Chọc lửng ở 1 vị trí không cao lắm (khoảng L11 - L12 hay L12 - TL1).
c) Phối hợp với để tư thế bàn và bệnh nhân theo kiểu Trendelenburg (đầu thục xuống, độ nghiêng của bàn là 15o) .

Hạc đầu chọc lửng ở 1 vị trí tương đối thấp nhưng dung dịch tê có xu hướng lan lên trên

chọc lửng ở L12 - TL1 phối hợp với tư thế bàn để đầu trũ .

Như vậy, thuốc tê [illegible] (phần thân của hàng) cùng [illegible] trốn để mở [illegible] dầu, [illegible] được sự lan rộng của thuốc [illegible] tê [illegible] tê liệt nhiều hệ thống [illegible] ngực.

III.- KỸ THUẬT GÂY TÊ [illegible]

A/ Các loại thuốc tê [illegible]

Ở hoàn cảnh Việt [illegible] được.

Dung dịch Novocaine [illegible]

Dung dịch [illegible]

Đối với [illegible] hột 1/4, 1/3 [illegible] ln nước cất [illegible] điều kiện [illegible] kể trên thì [illegible] gây hiện chứn [illegible]

c- [illegible]

B/ Dụng [illegible]

1/ Cái 1 [illegible] (Trocart?), [illegible]

2/ 1 [illegible]

3/ Dụng cụ [illegible]

4/ [illegible]

C/ Chuẩn bị [illegible]

[illegible]:

- [illegible]
- [illegible]

[illegible]

- [illegible]
- [illegible]

Sự [illegible]

- [illegible]
- [illegible]

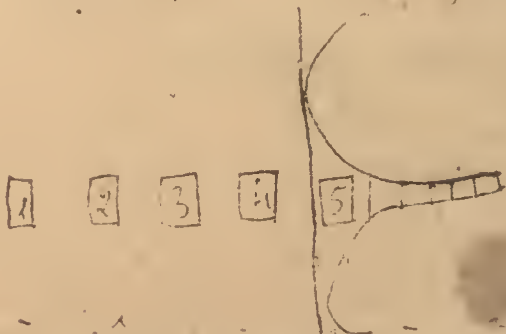
176

- 7 giờ đưa bệnh nhân lên bàn mổ để gây tê .

D/ Cách chọc lủng .

1/ Hướng dẫn bệnh nhân nằm nghiêng 1 bên. làm lủng "tôm", đầu cúi, 2 đùi rút sát vào bụng, 2 tay ôm trước lấy gối .

2/ Sờ kỹ tìm và nhận rõ, đánh dấu kẽ giữa 2 đốt sống .

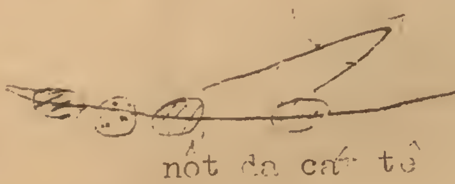


Đường kẻo sát 2 mào chậu thường rơi vào kẽ giữa 2 đốt TL 4-5. căn cứ vào đó, sẽ chọn vị trí chọc lủng :

- Nên chọc ở khoảng TL 2-3 để mổ ruột thừa, thoát vị, bàng quang, tử cung, buồng trứng v.v...
- Nên chọc ở khoảng TL 3-4 để mổ vùng hậu môn và tầng sinh môn .
- Nên chọc ở khoảng TL 1-2 hay L12 - TL1 , phối hợp với để bệnh nhân đầu trút xuống để mổ ở vùng trên rốn, dạ dày và túi mật v.v...

3/ Giải thích kỹ cho bệnh nhân cố gắng nằm yên, không cử động, khi đâm kim, - Khử trùng thật kỹ vùng chọc lủng - lau lại cho hết các gợn iốt ở chỗ da khử trùng .

4/ Tạo 1 nốt da cám tê ở ngay kẽ giữa 2 gai đốt sống và ngay trên đường xương sống - kế đó lấy mũi dao chọc thủng da ngay giữa nốt da cám, để dọn đường cho kim đi .



5/ Cắm kim vào chỗ da chọc thủng lo, đâm kim thẳng góc (nếu chọc ở vùng thắt lưng) và hơi xiêng lên trên và vào trong (nếu ở vùng lưng). Đâm từ từ, từng nấc một ; mũi kim trước khi vào đến khoảng dưới màng nhện phải trải qua các dây chằng rắn chắc, có sức chối lại - Khi vào tới nơi tay đâm kim có cảm giác đi qua, trơn, không vấp phải 1 cái cản nào hết - Rút thông kim sẽ thấy nước tủy não chảy ra .

6/ Lập tức bơm liều thuốc tê đã rút sẵn vào 1 ống tiêm 2ml và bơm từ từ thật chậm vào trong. - có thể sau khi bơm vào 1/2 - 1 thì rút ra 1/2 ml làm như vậy vài lần để trộn lẫn thuốc tê với nước tủy não (barb tage) = thuốc tê sẽ lan rộng xa hơn .

CHÚ Ý :

- Nếu đâm quá trớn, mũi kim có thể chạm vào các nhánh thần kinh đuôi ngựa hay vào tủy .

- Nếu thấy ... ra 1 ít, đổi ... nét hát ... để tránh nhầm ừng ... nhức đầu.

- Sau khi bỏ ... thuốc ... vùng ... lâm, có bệnh nhân ... trung ... thực ... vào vùng, ...

5/ Kết ... tê tủy ...

1/. Sau khi bơm ... thuốc tê, ... hiện rất ... sau 5 phút khôn... nhắc chân ... các ngón chân, ... như sau khi ... curare ... thôi và nằm yên trên ...

2/ Trong thời ... tác dụng của thuốc tê, ... hạ th... vọt ... mạch bất thường, nên ... sau khi bơm xong thuốc tê.

Bệnh nhân có ... dây - Cần phải phòng ... 0,25% (rẻ ... treo, ...) để ... kích thích bất lợi cho bệnh ...

Nếu bệnh nhân kêu ...

Chú ý : ... phải báo ... cho bệnh nhân (truyện ... trước ... lúc mổ ... theo dõi huyết áp bệnh nhân ... 10 - 15 phút 1 lần ... điều trị kịp thời các biến chứng.

3/ Sau khi gây tê, ... bệnh nhân ... nhức đầu nặng : có thể ... :

- Nằm ... triệt để, ...
- Cho uống aspirine .
- ...
- ... khôn... nh... ...
- Sau đó ... cho bệnh nhân .

IV.- CHỈ ĐỊNH VÀ P... GÂY TÊ TỦY SỐNG.

Hiện nay, với phương ... tủy sống ... túi mật, ... trị ... ruột ... thừa, bàn quang, ... v.v... vẫn ... chủ ...

Phương ... cho nhữn... nh... ... :

- Bệnh nhân bị ... tại đa.

178

NGOẠI II. Phương pháp gây tê tủy sống - ... /10 . KL/...

- Bệnh nhân bị tăng huyết áp nặng, huyết áp tối đa
> 180 m/m Hg .

- Bệnh nhân mà dự kiến mổ xẻ sẽ kéo dài, sẽ gây mất máu
nhiều như mổ tử cung lấy thai, hay sẽ gây chấn động nhiều .

- Bệnh nhân bị suy tim, suy thận gan nặng hay suy kiệt quá
- Bệnh nhân có di tật ở cột sống .
&- Không gây tê tủy sống, nếu không có huyết áp kế để theo dõi
tình hình bệnh nhân và nếu không có phương tiện để truyền
huyết thanh tĩnh mạch để hồi sức khi có biến chứng huyết áp .

V.- KẾT LUẬN :

Nếu nắm vững kỹ thuật chọc lưng và gây tê tủy sống, dùng theo
quy định, nếu có điều kiện pha chế 1 dung dịch tê tinh khiết, và nếu
biết chọn trường hợp đúng chỉ định thì phương pháp gây tê tủy sống
có thể giúp cho chúng ta giải quyết được 1 số trường hợp mổ xẻ
tương đối lớn ở bụng và 2 chi với hoàn cảnh nó sẽ tương đối thuận
lợi = 1 tình trạng tê và mềm có tốt đẹp .

21/2/51 .

PHƯƠNG PH[illegible] [illegible] NGOÀI MÀNG CỨNG
(Anest[illegible] [illegible]) .
.-.-.-.-.-.-.-:-

I.- ĐỊNH NGHĨA .

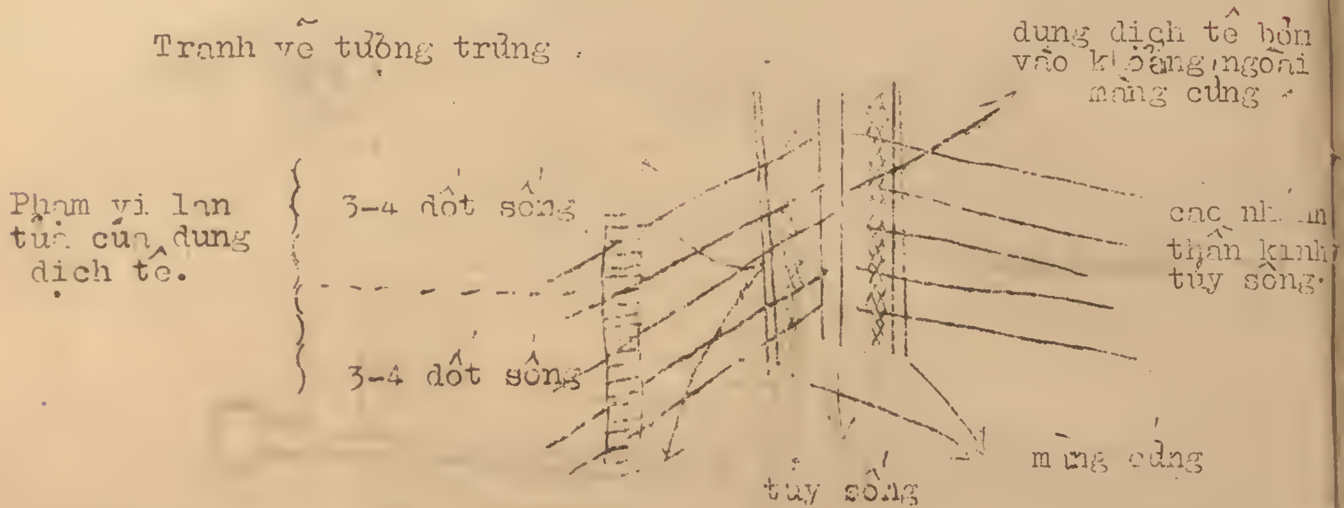


Phương pháp gây tê ngoài màng cứng là 1 phương pháp gây tê khu vực, tạo ra bằng cách bơm 1 [illegible] tê vào khoảng ngoài màng [illegible] thần[illegible] hạn chế [illegible] -ứng - Phương pháp gây tê ngoài [illegible] tủy sống (Anesthésie rachi di[illegible] tê [illegible] khoảng dưới màng nhện và khoảng [illegible] tủy [illegible] .

II.- CƠ CHẾ TÁC DỤNG CỦA THUỐC [illegible] TRONG PHƯƠNG PHÁP GÂY NGOÀI MÀNG CỨNG

Khoảng ngoài màng cứng chỉ [illegible] 1 tổ chức liên kết [illegible] áp lực âm tính . Thuốc tê bỏ vào [illegible] thuốc tê xuống dưới độ 3-4 đốt sống và xuyên qua [illegible] lỗ liên [illegible], [illegible] số, lan rộng dần khoảng [illegible] thuốc tê mỗi b[illegible] thần [illegible] tủy sống [illegible] đi ra) và vào các nhánh thần kinh [illegible] .





,Thuốc tê thấm vào các rễ thần kinh tủy sống và các nhánh giao cảm ở khoảng cạnh sống, cắt đứt tạm thời đường dẫn truyền của các xung động thần kinh và tạo ra 1 tình trạng tê có tính cách từng khúc (anesthésie segmentaire) thuộc khu vực của các rễ thần kinh tủy sống chịu ảnh hưởng của thuốc tê bơm vào. Tình trạng tê xuất hiện dần dần, trong khoảng thời gian từ 20 đến 30 phút (do sự lan tỏa từ từ của thuốc tê).

III.- KỸ THUẬT GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG

A/ Dụng cụ và cách pha chế dung dịch tê

&- Có thể gây tê ngoài màng cứng với :

- Dung dịch Novocaine 1% .. 60-70ml (liều cho người lớn).
- Dung dịch Dicaine 0,3% 20-25ml (liều cho người lớn).

Trẻ con 15 tuổi cho 15-18ml

Người già, gầy yếu cho , 20- 22ml

Người khỏe, trai tráng cho 24 - 25ml .

&- Với Novocaine chỉ tê có 45 phút — 1 giờ 30 phút, tối đa với Dicaine , trái lại, thời gian tê kéo dài đến 6-8 tiếng .

&- Trước khi gây tê với các ống Novocaine 1% bào chế sẵn, nhớ phải thêm vào 60 - 70ml Novocaine 1ml Adrenaline 1‰ , để kéo dài thêm tác dụng tê của Novocaine .

.- Dung dịch Dicaine 0,3 phải pha cùng ngày, trong ngày cần có .
1- Bầu thủy tinh # 150ml .
2- Cốc thủy tinh con #, 60ml
1 đèn cồn, chăm kế và lưới amiante và dung dịch muối 8,5‰ tinh khiết .









182

- Sáng ngày mổ ≠ vệ sinh vùng xương sống !

6 giờ : cho uống thêm 1 liều thuốc ngủ.
7 giờ : tiêm Atropine $0^{gr},00$ 1/4 } d/d.
Promédol 0,25

7 giờ,30 phút ... phòng mổ để gây tê.

D/ Chọn vị trí chọc lưng :
Phải chọn vị trí chọc lưng thích hợp với yêu cầu của phẫu thuật :

Nên chọc: 1- ở giữa đốt t... lưng 4 - 5 hay 3 - 4 để mổ ở 2 chi dưới.

2- Ở giữa TL2 - 3 hay 1-2 để mổ ở tầng sinh môn.
+ Thoát vị
+ Tử cung và buồng trứng
+ Bàng quang
+ Ruột thừa.

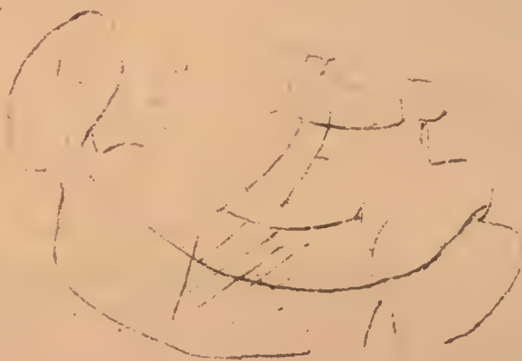
3- Ở giữa đốt lưng 9 - 10 hay 10 - 11 để mổ dạ dày gan mật, lách thận.

α- Có thể chọc ở D11 - 12
D12 - TL1.

Phối hợp với để bệnh nhân trong tư thế đầu trụt xuống 45 độ góc, để mổ ở vùng thượng vị, nếu chọc lưng ở cao không thực hiện được.

DIỄN TRÌ CÁCH THỨC CHỌC LƯNG VÀ BƠM THUỐC TÊ

1/ Bảo bệnh nhân ... 1 bên, và làm lưng tôm"



2/ Khử trùng vùng ... với cồn, với iốt và sau cùng với cồn để lau hết iốt.

3/ Bờ ... kẻ liền gai đốt sống trên đường xương sống ... dấu rõ ràng ... bờ ..., ... ở nơi ấy... Giải thích để bệnh nhân nằm yên, không thay đổi tư thế của lưng.



gai liền đốt sống.

nơi da cạo ... với Novocaine 0,25.

Biến chứng : [illegible]
[illegible] bệnh nhân vẫn cử động cho [illegible] chống chiến [illegible] biết đau, nghĩa là chức [illegible] số thuốc tê còn lại chỉ đủ [illegible] 20 - 25 ml cho 1 bệnh nhân.

IV.- KẾT QUẢ GÂY TÊ NGOÀI [illegible].

Sau 20-30 phút, tình trạng [illegible]

- [illegible] cơ [illegible] mất [illegible]
- [illegible] bắp thịt [illegible]
- Các khúc ruột [illegible] có tình trạng thòi ruột, [illegible] lòng, kiểm tra dễ dàng, [illegible] dễ dàng.

- Thời gian [illegible] vẫn còn chịu biết đau : [illegible] áp trong lúc mổ -, huyết [illegible] phong và thịnh tim, có [illegible] hay trong lúc thấy huyết [illegible]

- Sau khi [illegible] 1 ống caféine [illegible] coramine [illegible]

[illegible] thường [illegible] bệnh nhân vẫn cử động các [illegible].

- Có khi trong lúc [illegible] bệnh nhân [illegible] trạng liệt, có [illegible] vì vậy, phải thực [illegible] tê nhiều [illegible] giao cảm bị [illegible] các trường hợp [illegible] những trường hợp mổ lớn, [illegible] tác hại [illegible] lúc mổ [illegible] hay [illegible]) để [illegible]

α- Có thể thấy 1 biến chứng [illegible] trong lúc gây tê [illegible] toàn bộ [illegible] khuyết điểm trong kỹ thuật [illegible] liều thuốc tê [illegible] nhận, trong nước tủy não [illegible] có thể [illegible] 20 ml dịch tủy não rút [illegible] tiếp vào dịch tủy não 1 [illegible] nội khí quản để [illegible] động lại, đồng thời cho [illegible] cho thở oxy v.v... Biến chứng [illegible] gây tê, cho đỡ kiểm tra [illegible] tục.

V.- CHỈ ĐỊNH VÀ PHẢN CHỈ ĐỊNH GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG.

. Chỉ định : [illegible] được áp dụng [illegible] tiết niệu, [illegible] chung và cấp cứu.

4/ Lấy mũi dao choc thủng 1 lỗ nhỏ như dầu kim, để dọn đường cho kim đi.

5/ Dâm kim vào lỗ chọc do, dâm từ từ. Thẳng góc nếu ở vùng thắt lưng xuống lên trên và vào trong 45° góc nếu ở vùng lưng.

Khởi dầu dâm kim vào sau 2cm, rút thông kim ra.

6/ Lấy 1 ống tiêm 20ml chứa sẵn 10ml Novocaine 0,25% và 1 bóng hơi. Hơi ấn nhẹ trên bơm tiêm, Bọng hơi chỉ co lại và giãn ra ngay khi ngón tay không còn đè trên bơm tiêm nữa.



Khi mũi kim chưa vào tới nơi, còn ở trong các giây chằng, thì bơm tiêm đẩy không vào, bóng hơi chỉ co lại và nó giãn ra ngay khi không đè trên bơm tiêm.

7/ Đẩy từ từ mũi kim vào trong, đi từ m/m một, Mỗi bước 1m/m lại phải thử như trên. Bao giờ bơm tiêm đẩy vào 1 cách nhẹ nhàng, thì có thể nghĩ rằng mũi kim đã vào tới khoảng ngoài màng cứng:

8/ Khi xác định rằng đã chọc đúng vào vị trí khoảng ngoài màng cứng, thì khởi đầu.

- Bơm 1 liều Dicaine 0,3% 5ml
- Đợi 5 phút
- Bơm thêm 1 liều Dicaine 0,3% thứ 2 5ml nữa.
- Đợi thêm 5 phút.

Bơm nốt cho đủ liều tổng quát 20 - 25ml nghĩa là 10 - 15ml còn lại. Rút kim ra khử trùng và để bệnh nhân nằm ngửa

E/ 3 biện pháp kiểm tra "an toàn":

Phải thực hiện chế độ kiểm tra bắt buộc sau đây:

Biện pháp 1: Sau khi chọc đúng, khởi đầu bơm 20ml Novocaine 0,25%.

- Hỏi xem bệnh nhân có nhức đầu không? Nếu nhức đầu, nghĩa là chọc vào nước tủy não.
- Gỡ bơm tiêm xem thuốc tê bơm vào có trào lên trở ra không? Nếu không nhức đầu, nếu chỉ có vài giọt rơi ra thôi, có hy vọng chọc đúng.

Biện pháp 2: Rút 5ml Dicaine 0,3% bơm vào - Đợi 5 phút - Kiểm tra bảo bệnh nhân cử động các ngón chân và lấy kim châm nhẹ ở mông. Nếu sau 5 phút, vẫn cử động các ngón dễ dàng, không bị tê liệt, sờ bấm ở mông vẫn biết, nghĩa là chọc đúng vào khoảng ngoài màng.

Ở hoàn cảnh thiếu thốn trang bị, phương pháp [illegible] giúp [illegible] đắc lực và bảo đảm thực hiện 1 số lớn để xử trí [illegible] [illegible].

Phản chỉ định : Không thể áp dụng gây tê [illegible] cho những bệnh nhân sau đây :

1.- Bệnh nhân bị choáng, huyết áp hạ thấp, [illegible] hay bệnh nhân sức khỏe chung quá suy kiệt.
2.- Bệnh nhân tăng huyết áp, huyết áp tối đa trên 180 [illegible]
3.- Bệnh nhân bị [illegible] nặng, suy thận và suy [illegible]
4.- Bệnh nhân có [illegible] ở cột sống.

VI.- KẾT LUẬN :

[illegible] nghiên cứu và nắm vững kỹ thuật, gây [illegible] ngành ngoại khoa, [illegible] trong [illegible] phương pháp [illegible] lợi cho phẫu thuật viên [illegible] với kết quả tốt đẹp cho bệnh nhân.

20/7/54.

DAC DIEM VA NHIEM VU NGOAI KHOA DA CHIEN

I.- DINH NGHIA NGOAI KHOA DA CHIEN.

Là công tác mổ xẻ trong hoàn cảnh chiến tranh, áp dụng tất cả những nguyên tắc của ngoại khoa chung để điều trị vết thương chiến tranh.

II.- NHIEM VU VA DAC DIEM.

1/ Khối lượng công tác bao giờ cũng rất nhiều, đặc biệt trong chiến đấu dưới điều kiện vũ khí hiện đại, khối lượng công tác nhiều nên vấn đề tổ chức điều trị là 1 vấn đề phức tạp.

2/ Lúc nào cũng phải sẵn sàng cơ thể tổ chức và làm việc tại những địa điểm mới khác nhau, trong những điều kiện khác nhau.

3/ Phải tuyệt đối tuân theo hoàn cảnh chiến sự và chiến thuật quân y của từng thời gian.

4/ Còn phải có tổ chức phân loại chọn lọc thương binh để xử trí cấp cứu.

5/ Phải làm việc theo nguyên tắc thống nhất lãnh đạo theo bậc thang điều trị đã quy định.

DAC DIEM VET THUONG CHIEN TRANH VA NGUYEN TAC DIEU TRI VET THUONG CHIEN TRANH.

I.- PHAN LOAI.

Có nhiều cách phân loại vết thương chiến tranh.

1/ Theo yếu tố sát thương : đạn, mảnh, bạch binh
2/ Theo vị trí bị thương : đùi, ngực, bụng.
3/ Theo đường đi của đạn : xuyên, chột, [illegible].
4/ Theo hình thể bề ngoài vết thương : vết thương như lỗ thủng, vết thương rập nát.
5/ Theo bộ phận kết hợp : thấu hay không thấu, đơn giản hay phức tạp.

II.- MAY DAC DIEM CHUNG CUA VET THUONG CHIEN TRANH.

1/ Tất cả vết thương chiến tranh đều ô nhiễm và có vi trùng
2 / Tình trạng toàn thân thương binh thường bị giảm sút :
3/ Số lượng vết thương bao giờ cũng nhiều .
4/ Tại vết thương nhiều tổ chức hoại tử, chảy máu nhiều nên tiến triển thường nặng hơn .
5/ Đường vết thương bao giờ cũng phức tạp .
6/ Vết thương thường chứa đựng dị vật .

III.- TIEN TRIEN CUA VET THUONG CHIENT TRANH .

Có 2 thời kỳ chính .

1/ Thời kỳ đầu : là thời kỳ phản ứng và viêm xuất hiện. Biểu hiện nên tại vết thương. Thời kỳ này có 2 hiện tượng :

- Hiện tượng tự tiêu huỷ của tổ chức .
- Bạch cầu di chuyển vào giữa vết thương , kết quả của 2 hiện tượng này xuất hiện mủ tại vết thương .

2/ Thoi ky thu hai : là thời kỳ tái tạo .

IV.- SINH SAN CUA VI TRUNG TAI VET THUONG .

Có 3 hiện tượng cần chú ý ;

1/ Ô nhiễm vì vi trùng nghĩa là sự có mặt của vi trùng tại vết thương .

2/ Vi trùng sinh sản tại vết thương , Nghĩa là cơ thể đã phản ứng lại với sự sinh sản của vi trùng tại vết thương .

V.- XU TRI NGOAI KHOA VET THUONG DO HOA KHI.

Khuynh hướng chung hiện nay là tích cực can thiệp ngoại khoa vết thương chiến tranh .

1/ Tất cả vết thương du xuyên, chột, suốt, bị rách , bị rập nát hay bầm rập nhiều mà có những hiện tượng sau đây đều cần được xử trí :

- Có hiện tượng rõ ràng bị ô nhiễm do dị vật (đất cát, mảnh) ,
- Có hiện tượng nhiễm trùng rõ rệt làm mủ hay yếm khí.
- Tại vết thương rõ rệt hay nghi ngờ có bọc máu tụ.

- Co roi loan tuan hoan nghi ngo co the bi thuong mach mau lon.

- Co trieu chung xu cat hoac nghi ngo chung phu tang ben trong bung nguc so nao ma ca chi dinh can thiep khan cap.

2/ Nhung vet thuong khong can xu tri phau thuat.

- Vet thuong suot ngoai mat khong rong lon, khong co bam rap to chuc.

- Vet thuong do nhieu manh nho tren mat co the hat gao.

- Vet thuong chot hay xuyen phan mem lo vao lo nho, khong co ton thuong xuong, than kinh hay mach mau lon.

Vet thuong thau nguc lo vao lo ra nho, khong gay tran huyet phe mac, khong co tran khi phe mac.

3/ Ky thuat xu tri.

a) Thoi gian xu tri:

Ton that trong vong 6 - 12 gio dau (xu tri som) neu dung khang sinh co the keo dai xu tri som den 24 gio.

Neu xu tri tu 24 - 48 gio sau khi bi thuong la xu tri tri hoan. Neu qua 48 gio moi lam goi la xu tri muon.

Vet thuong ve qua muon, da bi nhiem trung thi rat phai xu tri dan luu tot va chanh to va het to chuc hoai tu.

b) Dong tac ky thuat.

- Rua sach, sat trung rong vet thuong.
- Gay te hoac me. Gay me chu nhung vet thuong rong co cham mach mau lon hay phu tang.

- Rach rong vet thuong theo huong duong ong vet thuong dong thoi phu hop voi tho co, voi duong di cua mach mau lon va giay than kinh lon.

Mo rong ca bao can, mo rong vet thuong den tan day.

- Cat loc vet thuong bang dung cu vo trung, dao can, va co. Can ban phai cat het to chuc lanh.

Nhung voi vet thuong ban tay, ham mat, so nao, bung nguc thi van de cat loc can het suc tiet kiem.

- Kiem tra cam mau ky.
- Lay do vat mau ra.
- Khong duoc khau kin vet thuong chien tranh - co dan luu hay khong la tuy tinh hinh vet thuong, thuong dong kin vet thuong sau 3 - 5 ngay hoac 10 - 15 ngay.

c) Thuoc: Ngoai van de ky thuat xu tri con can phai dung them khang sinh tai cho va toan than, dung huyet thanh chong uon van va huyet thanh chong hoai thu.

d) Ho ly va an uong: can co dinh vet thuong. Bao dam an uong cho thuong binh.

HỒNG AI 20. 3. 64 [illegible]

VẾT THƯƠNG HÀM MẶT
-:-.-:-:-:-:-

I.- PHÂN LOẠI : 3 loại

1/ [illegible] : Vết thương [illegible] mặt, [illegible] răng, [illegible] .

2/ Loại vừa : vết thương [illegible] mềm rộng ở mặt [illegible] gãy ở [illegible] xương [illegible] xương mặt khác .

3/ Loại nặng : [illegible] lớn, gãy xương [illegible] vết thương [illegible] .

II.- [illegible] VẾT THƯƠNG .

1/ Vết thương phần mềm ở mặt [illegible], [illegible] chóng [illegible] tốt .

2/ Vết thương [illegible] mạch [illegible] chảy máu [illegible] ngành động mạch [illegible] v.v. [illegible] .

3/ Gây [illegible] do [illegible] quan .

4/ Có thể [illegible] .

5/ Vết thương [illegible] thẩm mỹ .

III.- CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ.

A/ C[illegible]

1/ [illegible] tại vết thương [illegible] .

2/ Với các vết thương [illegible] [illegible] đòi), tìm [illegible] , nếu không tìm được [illegible] thắt động mạch cảnh [illegible] .

3/ [illegible]

4/ Lấy [illegible] thở [illegible] .

B/ [illegible]

1/ [illegible] lưỡi [illegible] [illegible] rồi [illegible] .

2/ Nếu phần trên khi quản có dị vật, máu cục phải lấy ra ngay, nếu không được mở khí quản .

3/ Mở khí quản trong trường hợp : khí quản bị phù nề gây ép, có máu tụ, hoặc tràn khí có chất nôn hay máu vào khí quản (mở và hút dịch ra)

4/ Nếu không tiến hành thủ thuật được nên để bệnh nhân nằm nghiêng về bên bị thương hoặc nằm úp sấp, chuyển về tuyến sau .

C/ SU TRI NGOAI KHOA .

1/ Nguyên tắc

a) Nên sử trí sớm (12 - 36 giờ) sau khi bị thương, cho kháng sinh, khâu các vết thương phần mềm .

b) Vết thương sâu phức tạp, nên chụp X quang xem dị vật và gãy xương .

c) Nên sử trí ngoại khoa toàn bộ triệt để một lần (nếu không làm được thì làm tối thiểu) .

2/ Cách xử trí :

a) Rửa sạch vết thương phần mềm, diện tê, kháng sinh tại chỗ, cắt bỏ tổ chức chết, khâu sớm vết thương .

b) Vết thương có tổn thương xương, có xương nhỏ vụn lấy đi, giữa vết thương và lỗ mồm, hốc mũi có lỗ thông tìm cách bịt kín .

c) Ở các tuyến chuyên khoa : khâu tạo hình các vết thương, cố định xương hàm .

d) Vệ sinh mồm miệng sạch, sau khi ăn rửa bằng thuốc tím loãng, dùng bơm cao su rửa .

e) Cho ăn cần có những chai có vòi, ống cao su .

+

+ +

VET THUONG VUNG CO

I.- DAC DIEM :

Là loại vết thương nặng vì có mạch máu lớn, thanh, khí, quản, hầu, thường hay gây tử vong ở ngay mặt trận :

II.- [illegible]

[illegible]

1/ [illegible]

2/ [illegible]

[illegible] :

[illegible]
chóng [illegible]

B. [illegible] :

1/ [illegible] :

- [illegible]
thuần [illegible]

- [illegible] : [illegible]

2/ [illegible]

[illegible]

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

3/ [illegible] :

[illegible] :

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

4/ [illegible]

- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

5/ [illegible]

a) Triệu chứng :

Tại chỗ : Không khí lưu thông qua vết thương .

- Rối loạn chức phận nói, chức phận hô hấp, nuốt, ho khạc ra máu, đau (biểu hiện thở khò khè, thở vào khó, có khi ngạt thở do nề thanh quản .

Toàn thân : Có thể bị choáng .

- Nhiễm trùng toàn thân, yếm khí uốn ván .

b) Sử trí :

- Chống ngạt thở : mở khí quản .
- Chống choáng , chữa ngạt thở trước rồi cầm máu .
- Sử trí chống rối loạn chức phận nuốt .
- Cho ống thông qua mũi vào thực quản nuôi dưỡng .
- Sử trí chống rối loạn tiếng nói : tập thở, tập nói sớm .
- Chống nề thanh quản .

Cho tiêm huyết thanh ngọt ưu trương 40% - (40-80cc) tĩnh mạch .

- Clorure calcium 10% 10 - 20^{cc} tĩnh mạch .
- Phong bế phế vị giao cảm cổ, chườm lạnh, thở phun Adrénaline, cortisone .
- Chống nề hơi : Rạch mở khí quản, rạch da, khâu lỗ vết thương .
- Hút đờm rãi qua lỗ mở khí quản để chống phế viêm.
- Cho kháng sinh liều cao .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CHAN - DOAN BUOU - CO

-o-o-o-o-

I/- NGUYEN NHAN :

Do ăn thiếu Iode nên tuyến giáp trạng phải tăng sinh, tổ chức tuyến phát triển tạo thành bướu cổ.

II/- PHUONG PHAP KHAM

A/ Hỏi :

1/ Bệnh nhân có khó thở không, có khó ăn, khó nuốt, có thay đổi giọng nói không.

2/ Bệnh nhân có thay đổi tính tình không, có rối loạn kinh nguyệt không, có run tay không, có thấy tim đập mạnh không.

B/ Cách khám :

Khám U

+ Nhìn :
1) Thấy u ở vùng cổ giữa, 1 bên hoặc cả hai ~~bên~~
2) Hình tròn hay hình con Bướm.
3) Khi nuốt thì u lên xuống theo động tác nuốt.

+ Sờ :
1) U có giới hạn rõ ràng tại vùng cổ giữa.
2) U có thể mềm đều, hoặc có cục rắn hoặc có bọc mặt căng.
3) Không dính vào da,

Khám toàn thân

+ Tim mạch
+ Triệu chứng run tay
+ Mắt lồi không ?

III/- PHONG VA CHUA BUOU CO.

Phòng : - Nếu nước uống thiếu Iode thì phải cho uống Iode kèm theo, hoặc dùng muối đã có pha Iode sẵn.

Chữa Bướu cổ :

1/ Uống lugol 1% mỗi ngày ? giọt, uống hàng tháng. Đối với các loại bướu sau đây : - -

- Bướu mềm còn nhỏ
- Bướu chưa gây khó thở, chưa gây khó nuốt

2/ Mổ các loại bướu sau đây :

- Bướu có cục rắn
- Bướu đã gây khó thở, khó nuốt, giọng nói thay đổi

+
+ +

CHAN DOAN VA DIEU TRI TRI

I/- NGUYEN NHAN :

Trĩ là bệnh dãn tĩnh mạch hậu môn trực tràng

Nguyên nhân chủ yếu là tất cả những yếu tố gây ứ đọng hệ thống tĩnh mạch

- Đàn bà có thai, u vùng hố chậu bé, u tiền liệt tuyến, u to trong hay u hậu môn, những người táo bón mãn tính. Hoặc cầu tăng áp lực môn.

- Nguyên nhân viêm nhiễm bán cấp làm thoái hoá tổ chức cơ thành mạch máu —> dãn thành mạch máu. (Thường ở những người viêm hậu môn, những người táo bón).

- Những người có thể địa dãn tĩnh mạch (varice, varicocèle, v.v...)

II/- CHAN DOAN VA PHAN LOAI :

1/- Phân loại : Có 3 loại: Trĩ nội, Trĩ viền, Trĩ ngoại.

2/- Triệu chứng:

a) Xuất huyết : Máu ra sau khi đi đồng, tưới lên f... Có thể xuất huyết đơn thuần không kèm theo triệu chứng chức phận gì khác . Nhưng cũng có thể thấy cảm giác nặng vùng hậu môn, cảm giác bó chặt.

- Xuất huyết có thể chỉ ra ít dính vào phân, nhưng cũng có thể ra nhiều như cắt tiết gà và cuối cùng đưa đến tình trạng bần huyết.

b) Cảm giác đau khi đi đồng, đau nhẹ thường là cảm giác nặng, cảm giác có dị vật ở hậu môn, khi có ứ máu và viêm thì đau nhiều hơn gọi là cơn đau Trĩ .

c) Sa ra ngoài sau khi đi đồng, ngồi lâu, tự tụt vào có khi đứng dậy hoặc đi vài bước có khi phải ấn mới vào.

d) Dịch tiết quanh hậu môn (đối với loại trĩ sa thường xuyên).

A/- Trĩ nội :

1/- Loại chưa sa : thường phải khám bằng dụng cụ hoặc soi hậu môn mới thấy.

- Đại tiện ra máu
- Triệu chứng ... đi ... chảy máu

Khám : spéculum sẽ thấy búi trĩ màu đỏ sẫm tím bầm.

2/- Loại sa :

- Nhìn ngoài thấy búi trĩ ở ngoài lỗ hậu môn

Đặc điểm Cương tụ ..., màu đỏ sẫm

- 2 mặt đều là ... niêm mạc
- Chỗ bám ở trong vùng hậu môn
- không đau ..., không cương, không cứng và thường ít đau
- Sa ra ngoài ... vào ... sa vĩnh ...
- nếu sa vĩnh viễn ... gây đau ... phản ứng co cứng ... ứ máu tăng -> đau nhiều.

B/ Trĩ viên còn gọi là trĩ hỗn hợp.

Đặc điểm : Búi trĩ gồm 2 vùng - 1 vùng niêm mạc màu đỏ tươi, 1 vùng da. Thường là do ... phát triển từ trên xuống dưới từ ... niêm mạc đến da.

C/- Trĩ ngoại :

- Vị trí ... dưới da ngoài lỗ hậu môn.

Tính chất : - Gò tròn, ..., mềm, nhẵn, màu xanh tím

- Không ... có cuống, đơn ... hoặc nhiều u rải rác
- Thường ... trừ khi có cơn đau trĩ ... viêm và ...
- Ít chảy máu, chỉ chảy máu khi tĩnh mạch căng lên bị vỡ.
- Dễ ... dưới da -> ... dưới da và mạch máu hoặc gây ... hậu môn.
- Hoặc ... tĩnh mạch bị xơ hoá thành u trĩ ... lại ...
- Vì ... là 1 cục máu dưới da do 1 tĩnh mạch bị vỡ ra.

Chẩn đoán phân biệt ...

Biến chứng :

- Chảy máu tiếp diễn kéo dài ... thiếu máu
- Sa nghẹt ... trầm trọng
- Tắc tĩnh mạch

III/- ĐIỀU TRỊ :

1/- Nội khoa : Điều trị đông y bôi thuốc làm rụng trĩ

a) Làm dịu cơn đau trĩ: ngâm nước nóng, thuốc giảm đau

b) Chống chảy máu

c) Làm búi trĩ xơ hoá bằng cách:

- Tiêm cồn 95°
- Bichlorhydrate de quinine
  Uré chlorh 50%
- Lugol
- Sérum hyper glucosé 50%
- Mỗi tuần 1 lần x vài tuần

-(Escharre
-(Chảy máu thứ phát
(
(
-(Gây viêm nhiễm trùng
-(Khó điều trị ngoại khoa

d) Chống táo bón bằng chế độ ăn uống.

- Tập thói quen đi uống.

e) Điều trị căn nguyên bệnh.

2/- Điều trị ngoại khoa

a) Chỉ định : Búi trĩ to ảnh hưởng đến đại tiện, gây cơn chảy máu liên tiếp

b) Chuẩn bị bệnh nhân

- Khám cẩn thận để phân loại trĩ
- Cho thuốc gây táo, (cầm máu) (nếu cần)
- ăn nhẹ, lỏng
- Cạo sạch lông bộ phận hậu môn sinh dục, thụt tháo.

c) Kỹ thuật

- Trĩ ngoại : Rạch da lấy cục máu, cắt lọc sạch khâu kín da lại.
- Trĩ nội : - Gây tê chỗ hoặc gây tê épidurale = Novocaine 1% x 60 - 80ml

+ Nong hậu môn
+ Lấy 1 cái kẹp hình tim kẹp lấy búi trĩ kéo nhẹ nó ra để tách riêng từng búi.
+ Lấy kim sâu 1 sợi chỉ perlon vào giữa cuống của búi trĩ đã cặp và thắt chặt lại.
+ Nếu búi trĩ to thì dùng dao điện hoặc kéo cắt búi trĩ cách nốt chỉ độ 5 - 6 m/m
+ Tuần tự cắt khi nào xong thì thôi.

d) Săn sóc sau khi mổ :

- Cho thuốc giảm đau ngày 1^(đầu)
- Cho thuốc gây táo 2 - 3 ngày

- Ngày 4è hoặc 5è cho uống thuốc [illegible], hoặc thụt tháo
- Ngày 2è trở đi ngâm đít mỗi ngày 2 lần = KMnO4 1/4.000
- ăn chế độ lỏng từ 3 - 5 ngày

e) Biến chứng :

- Chảy máu
- Hẹp hậu môn.

+ + +

CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO.

-o-o-o-o-

I/- PHÂN LOẠI :

2 loại lớn :

1) Vết thương sọ não
2) Chấn thương kín sọ não

Nếu phân loại theo thương tổn của não thì ta có

3 loại :

1) Chấn động não
2/ Dụng dập não
3/ Ép não

II/ CHẨN ĐOÁN CHẤN ĐỘNG NÃO

A/ Triệu chứng:

1/ Thương binh bất tỉnh sau khi bị thương có 5 phút đến vài giờ.
2/ Quên những sự việc cũ ngay ở lúc bị thương.
3/ Thương binh bị nhức đầu nhiều, càng nhức đầu khi bệnh nhân vận động, [illegible]. Chóng mặt, choáng váng, ù tai.
4/ Thương binh bị nôn, buồn nôn, kém ngủ, ngủ hay nói mê.
5/ Không có liệt, không có mất cảm giác, mạch, huyết áp, nhiệt độ bình thường.

B/ Chữa chấn động não.

1/ Bất động ([illegible] bậc 1) từ 2 - 4 tuần hoàn toàn nằm tại giường.
2/ Thuốc an thần: [illegible] Bromure, Allural
3/ Thuốc chống nề não : huyết thanh ngọt ưu trương tiêm tĩnh mạch 20ml - 30ml mỗi ngày

- [illegible]

Có thể dùng Sulfate magnésie 25% tiêm mỗi ngày 20ml bắp thị

III/- XU TRI VET THUONG SO NAO.

1/ Nếu chỉ là vết thương da đầu :

- Cắt lọc tiết kiệm da
- Khâu da kỳ đầu.

2/ Nếu vết thương có vỡ xương sọ.

Tùy trình độ gẫy xương mà xử trí :

Nếu xương có lún vào não thì phải mổ nhấc mảnh xương lên. Nếu chỉ gẫy đạn thì không cần xử trí gì về xương.

IV/- PHUONG PHAP KHAM MOT BENH NHAN BI CHAN THUONG SO NAO.

Nguyên tắc :
1) Cạo trọc đầu
2) Vô trùng.

1/- Khám tại chỗ vết thương xem tình trạng vết thương, có máu tụ không. Có chảy máu không.

2/- Khám toàn thân.
- Bệnh nhân tỉnh hay mê
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp, hơi thở.
- Khám những tổn thương khác phối hợp.

3/- Khám thần kinh.- Vận động, cảm giác, phản xạ.

4/- Khám mắt :
Thị lực, thị trường, đáy mắt

5/- Chụp X-quang .

chỉ chụp khi huyết áp và mạch bình thường, bệnh nhân tỉnh táo.

Chú ý : Khi hỏi bệnh cần hỏi rõ 2 điểm :

1/- Tại sao bị thương, nguyên nhân gì

2/- Từ lúc bị thương đến khi vào Viện tỉnh hay mê, từ bao giờ.

\+

\+ \+

VIEM RUOT THUA MAN.

-o-o-o-

Đại cương:

a) Viêm ruột thừa có thể tiến triển dưới hình thức mãn tính ngay từ đầu và chuẩn bị để phát triển những cơn cấp tính sau này.

b) Những cơn cấp tính có thể qua đi và để lại tình trạng viêm mãn tính ; viêm ruột thừa mãn thứ phát của chẩn đoán cơn viêm ruột thừa cấp tính đầu tiên.

I/- CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG:

a) Triệu chứng chủ quan của bệnh nhân.

1/- Bệnh xử đầu tự nhiên ở vùng hố chậu phải

2/- Rối loạn tiêu hóa (lỏng + đặc)

3/- Có thể có những cơn đau đầu tiên cấp điển hào ở vùng ruột thừa cũ, hoặc lại bắt đầu bằng triệu chứng viêm mãn ngay từ đầu.

A/- ĐAU

- ở vùng hố chậu phải (đa số)
- Dưới gan
- Vùng chậu bé
- Thường thường quanh rốn và thượng vị

+ âm ỉ hay cách quãng từng thời gian một (vài giờ-vài ngày)

+ Có thể có cơn đau tái phát.

B/- NÔN :

- Hay muốn nôn, kém ăn

C/- TÁO : - Táo hoặc ỉa chảy sen kẽ

D/- TOÀN THÂN:

- Mệt nhọc, không muốn lao động
Kém ăn- gầy, lưỡi bẩn- có thể có sốt nhẹ.

Chẩn đoán của X-quang :

Có thể rõ có thể không.

II/- PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ; ĐIỀU TRỊ :

+ Chỉ định : rất cả viêm ruột thừa mãn đều có chỉ định mổ.

+ Chuẩn bị mổ : Cạo lông - thụt tháo - tiền tê
và đủ các xét nghiệm.

Phương pháp mổ : ...

Thì 1 : - Rạch da và tổ chức dưới da, theo 1 đường dài từ 8 - 10cm (marburam)

2 : - Rạch cân chéo to, theo đường rạch da

3 : - Rách cơ chéo bé và cơ ngang theo kẽ của cơ (chú ý):có thể cắt cơ, cầm máu tốt.

4 : - Mở phúc mạc và phủng bế phúc mạc.

5 : - Tìm ruột thừa và xử trí ruột thừa

(- Cắt mạc treo và buộc (chú ý) phủng bế
(- Cắt ruột thừa, khâu vùi (buộc)
(- Kiểm tra cầm máu, lau ổ bụng

6 : - Đóng thành bụng

+ Lớp 1 : Đóng fúc mạc (Cátgút)
+ - 2 : Cơ chéo bé (Cắt-gút)
+ - 3 : Cơ chéo to (lin)
+ - 4 : Da -

Chú ý : Cắt theo rồi bệnh nhân sau khi mổ.

\+
\+ +

THOAT VI BEN :

-o-o-

I/ - CAC LOAI THOAT VI :

1/ Thoát vị chéo ngoài :
- 2 thể bẩm sinh và mới mắc.
- Về giải phẫu :
+ Ngoại động mạch thượng vị
+ Trong bao cơ thừng tinh
- Về lâm sàng :
+ Có thể xuống tới bìu dái.

2/- <u>Thoát vị trực tiếp</u> : (thẳng)

- <u>Về giải phẫu</u> :
  - + Ngoài bao [illegible]
  - + Trong động mạch thượng vị
- <u>Về lâm sàng</u> :
  - + Không bao giờ xuống tới bìu.

3/- <u>Thoát vị chéo trong</u> : (rất hiếm)

II/- CHẨN ĐOÁN THOÁT VỊ BẸN CHÉO NGOÀI :

1/ <u>Hỏi</u> :

- Mắc từ thời gian nào < từ bé / lớn lên
- Xuất hiện trong hoàn cảnh nào, thoát vị thường xuất hiện sau 1 đợt lao động hay 1 cố gắng nào - Loại bẩm sinh thường xuất hiện từ bé.
- Khi nào xuất hiện. Khi nào mất đi
- Có kèm theo triệu chứng gì như đau, nóng, đỏ, nặng nề, vướng.

2/ <u>Nhìn</u> :

- Xuất hiện khi đứng- ho - khi lao động
- Biến mất khi bệnh nhân nằm (theo hướng)
- U hình bầu dục, tính chất màu da không có gì thay đổi.
- Thường thường chỉ ở 1 bên

3/ <u>Sờ</u> :

1/ <u>Tính chất u</u> : mềm căng - còn hồi- đáy rõ, nhưng không có cuống vào bụng.

2/ <u>Đẩy vào được</u> : Theo hướng từ dưới lên và từ trong ra ngoài.

- <u>Vào nhanh</u> : thường là ruột.
- <u>Vào chậm và khó</u> : mạc nối.

3/ Sờ lỗ bẹn nông- to- rộng.

- tìm cảm giác dội khi ho

<u>Khám cơ quan lân cận</u> :

(- Tinh hoàn , mào tinh hoàn
(- Thừng tinh (Canal déférent)
(- Bên đối diện.

Chẩn đoán phân biệt với thoát vị đùi :

- u ở đáy Scarpa, có cuống sâu ở phía trong, sờ thấy động mạch đùi ở phía ngoài.
- Dấu hiệu : Co ruỗi chân có cảm giác còn cào dưới da (buồn)

III/- VỀ ĐIỀU TRỊ.

- Khám thành bụng, khám toàn thân, và các xét nghiệm cho đủ.
- Cạo lông - thụt tháo - tiền tê.

Nhắc lại giải phẫu : Cấu tạo của ống bẹn.

1/- Lỗ bẹn ngoài hay lỗ nông, lỗ này sẽ ở trong cân cơ chéo to.

2/- Thành trước: Cân G.O. ở bên trong và bên ngoài có 3 cơ rộng.

(-Thành dưới : Cung đùi
(-Thành trên : Liên quan với bờ cơ...
(- Thành sau : Cấu tạo bởi 2 lớp.

+

+ +

XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM.

-o-o-o-o-

I/- CHỈ ĐỊNH MỔ.

Chỉ mổ trong những trường hợp sau đây :

1/ Vết thương dập nát, nhiều tổ chức chết, và dị vật.
2/ Vết thương rộng không tự liền miệng được
3/ Vết thương nghi có tổn thương mạch máu lớn.
4/ Vết thương nghi có nhiễm trùng đặc hiệu như uốn ván hoại thư.

II/- KỸ THUẬT MỔ:

Gồm những động tác sau đây :

1/ Rạch rộng vết thương
2/ Cắt lọc hết tổ chức chết và dập nát.

3/ Lấy di vật, cầm máu nếu có chảy máu.
4/ Khâu kín hay để hở là tùy tình trạng vết thương cần thiết thì dẫn lưu.

III/- THUỐC SAU KHI MỔ.

1/ Cho kháng sinh toàn thân và tại vết mổ
2/ Cho thuốc bổ : Sinh tố.

Theo rõi : Chú ý là tình trạng nhiễm trùng tại chỗ biểu hiện các dấu hiệu sau đây : sưng to, nóng đau nhức nhiều, sốt, bạch cầu cao.

Nếu có tình trạng nhiễm trùng thì phải cắt chỉ vết khâu, cho thêm kháng sinh liều cao.

+
+ +

VẾT THƯƠNG NGỰC
-o-o-o-

I/- PHÂN -LOẠI.

Có hai loại chính:

1/- Vết thương thành ngực đơn thuần
2/- Vết thương vào phế mạc và phổi. Loại này hay có biến chứng sau đây :

a) Tràn khí phế mạc Van, hở và kín
b) Tràn huyết phế mạc.

II/- CHẨN ĐOÁN VẾT THƯƠNG PHỔI.

Căn cứ vào :

1/ Đường đi của đạn, lỗ vào lỗ ra.
2/ Thương binh đau ngực, đau khi thở.
3/ Thở khó, thở nhanh và nông
4/ Ho ra máu.

Chẩn đoán tràn khí phế mạc hở .Căn cứ vào:

1/- Không khí ra vào qua lỗ vết thương
2/ Tình trạng toàn thân suy sụp . khó thở, mặt tím xanh, mạch nhanh. nhiệt độ cao.

Chẩn đoán tràn máu trong phế mạc.

1/- Gõ đục

2/- X-quang thấy mức nước
3/ Chọc dò phế mạc thấy có máu

III/- CHỈ ĐỊNH MỔ.

- Mổ cấp cứu tất cả vết thương có tràn khí phế mạc
- Các vết thương nhỏ, không có tràn khí phế hay tràn máu phế mạc thì không cần mổ.
- Phương pháp mổ đối với loại tràn khí phế mạc mở là : cắt lọc vết thương, cầm máu, khâu kín vết thương lại.
- Thuốc sau khi mổ : cho kháng sinh liều cao-tiêm bắp thịt- cho sinh tố.
- Hộ lý :
  + Nằm tư thế 1/2 nằm, 1/2 ngồi theo rõi hơi thở, nhịp thở, theo rõi mạch nhiệt độ toàn thân.

IV/- XỬ TRÍ TRÀN MÁU PHẾ MẠC.

1/- Hút sớm lấy máu ra
2/- Cho kháng sinh liều cao
3/- Theo rõi tình trạng nhiễm trùng.

+
+ +

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ DÒ HẬU MÔN

-o-o-o-o-o-

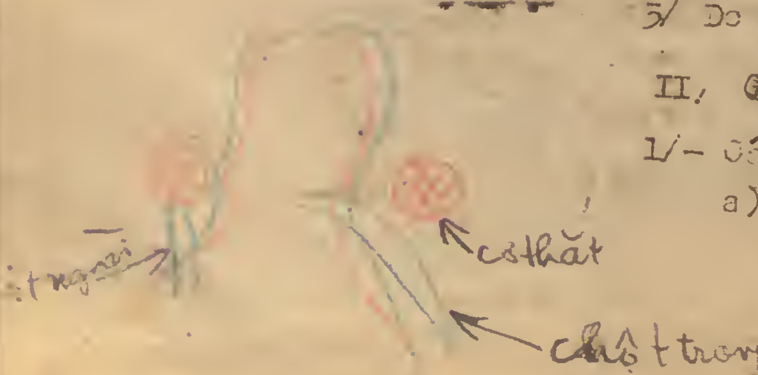
I/- NGUYÊN NHÂN.

Dò hậu môn là giai đoạn tiến triển của những abcès vùng Hậu môn trực tràng

1/ Dò do lao (abcès lạnh)
2/ Dò do abcès nóng
3/ Dò do Nicolas-Favre

II/ GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

1/- Các lỗ dò
a) Dò chột
- Chột trong
- Chột ngoài



b) Dò hoàn toàn gồm 2 lỗ :

- 1 lỗ trong trực tràng
- 1 lỗ ngoài hậu môn

2/- Đường đi

a) Dưới niêm mạc trong cơ thắt
b) Dò ngoài cơ thắt hậu môn (thường do abcès hố ngồi trực tràng)
c) Dò qua cơ thắt

III/- TRIỆU CHỨNG VÀ CHẨN ĐOÁN.

1/- Đau sốt. Khi lỗ dò bị tắc mủ gây đau sốt, mủ chảy ra lại hết đau hết sốt. Có cảm giác nặng vùng hậu môn.

2/- Dịch tiết luôn luôn làm ướt và ngứa

3/- Lỗ ngoài dò chảy trong hai đại tiện có mủ chảy ra

Phương pháp khám :

1/- Tìm lỗ dò thường rất dễ : có khi lỗ dò bị lấp dưới một u thịt đỏ, hoặc một sẹo.

2/- Tìm lỗ trong bằng :

- Stylet. + gạc
- Soi trực tràng
TR thấy một lỗ cứng và đau
Bơm bleu méthylène vào lỗ ngoài
Bơm hơi. (1 tay TR 1 tay bơm hơi vào lỗ ngoài sẽ thấy hơi chạm vào ngón tay).

3/- Xác định đường dò với cơ thắt

- Stylet + TR
- Fistulographie

+ Chẩn đoán dò lao (2,5 - 5%)
- Lỗ dò nông rộng bờ hang hốc, bờ trong đỏ tím.
- Mủ lỏng lẫn những hạt, mủ có BK có thể lao phổi tạng.
- Tiến triển lâu lỗ ăn thêm.

+ Chẩn đoán dò do Nicolas Favre
- Phản ứng Frei (+)
- Co hẹp hậu môn.

+ Chẩn đoán dò do abcès nóng
Bệnh sử + Xét nghiệm mủ

+ Chẩn đoán fân biệt dò xương
- Mủ nhiều đau ấn ở vùng xương (u ngồi, xương cùng, xương cụt)
- Fistulographie

+ Chẩn đoán do bộ máy tiết niệu
- Nước tiểu thấm ra
- X-quang.

IV/s ĐIỀU TRỊ.

A/ Chuẩn bị bệnh nhân (giống như điều trị trĩ)

B/ Kỹ thuật :

1/- Dò chột và trong ngoài cơ thắt
Cắt lọc sạch tổ chức xơ của đường dò xong khâu kín

2/- Dò hoàn toàn trong ngoài cơ thắt
Cắt lọc sạch tổ chức xơ của đường dò, xong dùng perlon thắt dần làm cho tổ chức đứt từ từ và thành xẹo ngay sau khi đứt.

Đối với lỗ dò chột nếu lỗ trong hoặc ngoài đã sát da hoặc mạch máu thì cũng có thể chọc thủng tạo thành 1 lỗ dò hoàn toàn rồi xử trí theo một lỗ dò hoàn toàn

Số lượng chỉ cho vào nhiều ít tùy theo khoảng cách giữa hậu môn và lỗ dò.

3/ Săn sóc sau khi mổ :

- Căn bản giống săn sóc bệnh nhân điều trị Trĩ
- 2 ngày thắt chỉ đến khi hết chỉ thì thôi
- Mỗi lần thắt chỉ cho thuốc giảm đau

C/ Biến chứng : nhiễm trùng.
- Tái phát.

xxxxxxxxxxxxxxxx

THƯƠNG TÍCH NGỰC

=0=0=0=0=0=0=0=

I.- PHÂN LOẠI.

A/ CHẤN THƯƠNG KÍN Ở NGỰC.

B/ VẾT THƯƠNG NGỰC.

1/ Vết thương không thấu (không rách lá phế mạc thành)

2/ Vết thương thấu (phế mạc thành bị rách)

a) Không có biến chứng

b) Có biến chứng.

α- Tràn khí phế mạc: kín, hở, van

β- Tràn huyết phế mạc

γ- Tràn khí dưới da hoặc trung thất.

II.- VẾT THƯƠNG THẤU NGỰC CÓ BIẾN CHỨNG.

A/ TRIỆU CHỨNG CHUNG.

1/ Thở: TB thở đau, thở nhanh không sâu, khó thở. Có khi 1 bên phổi không thở.

2/ Ho: Vết thương chạm phổi thường có ho, ho ra máu.

3/ Toàn thân: Thương binh sốt cao mạch nhanh yếu sắc mặt có khi tím xanh và hốt hoảng.

B/ VẾT THƯƠNG THẤU CÓ TRÀN KHÍ PHẾ MẠC KÍN.

Không khí vào ổ phế mạc do 1 lỗ vết thương đến 1 lúc nào đó thì lỗ vết thương tự bít lại không khí không vào tiếp tục nữa. Thường số lượng khí không đáng kể.

TRIỆU CHỨNG:

- Gõ vang.
- Không khó thở lắm.
- Không xanh xám nhiều.
- X quang: có thấy hơi ở ổ phế mạc.

XỬ TRÍ: Chọc hút khí bán tin nếu Thương binh khó thở nhiều nghi phổi bị ép bởi không khí. Thông thường thì số lượng không khí vào ít nên có thể tự tiêu được không cần phải hút.

C/ TRÀN KHÍ PHẾ MẠC HỞ.

Nguyên nhân. Không khí vào ổ phế mạc do vết thương thành ngực hoặc do vết thương phổi. Đặc điểm loại này không khí ra vào qua lỗ vết thương một cách dễ dàng.

TRIỆU CHỨNG :

- Không khí phì phò qua lỗ vết thương
- Khó thở, ho khó khăn
- Mặt tím xanh, mạch nhanh yếu .
- Phổi bị xẹp nhiều, tim bị lệch sang bên lành các mạch máu lớn ở trung thất bị đè ép gây cản trở tuần hoàn và hô hấp dẫn đến tình trạng thiếu O_2 trầm trọng .

XỬ TRÍ .

- Phải xử trí cấp cứu bít kín lỗ vết thương ~~cơ~~ không khí ra vào hoặc bằng phương pháp băng kín hoặc bằng phương pháp phẫu thuật .

D/ VẾT THƯƠNG THẤU CÓ TRÀN KHÍ PHẾ MẠC VAN .

NGUYÊN NHÂN : Do đường đi của đạn vào phế mạc vào phổi tạo thành 1 đường van không khí vào được mà không ra được .

Kết quả là lượng không khí càng ngày càng tăng đè ép phổi làm xẹp phổi, đè ép mạch máu vùng trung thất gây rối loạn tuần hoàn , và hô hấp , cuối cùng đưa đến trạng thái thiếu O_2 .

TRIỆU CHỨNG .

- Thương binh khó thở tăng dần .
- Mặt càng ngày càng tím xanh ,
- Mạch nhanh nhỏ yếu
- Có nề khí dưới da và nề khí trung thất
- Gõ phổi vang .
- Chiếu điện sẽ thấy tim bị đẩy sang bên lành .

XỬ TRÍ .

- Chọc hút khí là phương pháp cấp cứu duy nhất , đồng thời tiến hành phẫu thuật giải quyết đường vào của không khí .

E/ VẾT THƯƠNG THẤU CÓ TRÀN MÁU Ở Ổ PHẾ MẠC .

NGUYÊN NHÂN . Máu do từ vết thương thành ngực chảy vào hoặc từ phổi chảy vào .

TRIỆU CHỨNG .

- 1 bên ngực có máu không tham gia cử động thở
- Ngực vồng lên
- Gõ đục
- X quang thấy hình mực nước rõ ràng .
- Chọc thăm dò thấy có máu .

XỬ TRÍ .

- Chọc hút [illegible] khí hở [illegible] vào. Chỗ chọc thường là ở liên sườn 2 trên đường [illegible].

- Cần tiến hành chọc hút nhiều lần.

III.- CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG NGỰC [illegible].

A/ CẤP CỨU TẠI [illegible].

1/ Băng bó vô trùng vết thương
2/ Nếu là vết thương hở có tràn khí phế mạc hở phải tiến hành băng kín bằng bìa vải sơn, băng dính, [illegible] dây.

3/ Cho thuốc trợ tim mạch. Chuyển vận nhanh [illegible] về tuyến sau.

B/ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN [illegible].
1/ Chống choáng phế mạc phổi
- Phong bế phế vị [illegible]
- Truyền máu liều nhỏ
- Cho thuốc trợ tim, [illegible]
- Ủ ấm, uống nước [illegible]

2/ Xử trí tràn khí phế mạc hở: là 1 phẫu thuật khẩn cấp (ưu tiên số 1).
- Cắt lọc phần [illegible], [illegible] xương [illegible]. Cần thì cắt [illegible] để mở rộng vết mổ.
- Có vết thương [illegible] lại.
- Lau máu và hút [illegible] đến lửa.
- Đóng kín thành ngực 3 lớp: phế mạc và cơ liên sườn, cân và da.

3/ Xử trí tràn khí phế mạc [illegible].

- Chọc hút bằng 1 kim nối với 1 đầu [illegible] cao su.
- Phẫu thuật khâu kín vết thương.

4/ Xử trí tràn khí phế mạc kín.

Thường ít thở, không [illegible] loạn hô hấp, nhiều chỉ cần chọc hút bằng kim to là đủ.

5/ Chống nhiễm trùng:

Tiêm kháng sinh liều cao
Tiêm huyết thanh [illegible]

[illegible]

VẾT THƯƠNG BỤNG.

I/- PHÂN LOẠI.

Thương tích bụng chia làm hai loại lớn :

1/- Chấn thương kín ở bụng

2/- Vết thương bụng

Vết thương bụng lại chia làm hai loại :

a) Vết thương không thấu : không có thương tổn phúc-mạc.

b) Vết thương thấu : Có thương tổn phúc mạc

II/- VẾT THƯƠNG THẤU BỤNG.

A/- Các loại thương tổn :

1/- Thương tổn cơ quan rỗng đơn thuần (ruột...)

2/- Thương tổn cơ quan đặc đơn thuần ví dụ gan, lách.

3/- Thương tổn phối hợp cả cơ quan rỗng và cơ quan đặc.
Thương tổn cơ quan rỗng gây nên viêm phúc mạc toàn bộ, thương tổn cơ quan đặc gây nên chảy máu trong dữ dội

B/- Chẩn đoán vết thương thấu bụng.

a) Triệu chứng chắc chắn nhất :

1/- Lòi phủ tạng hoặc mạc nối ra ngoài lỗ vết thương

2/- Có phân hoặc dịch tiêu hoá chảy ra ngoài qua lỗ vết thương.

b) Triệu chứng khám xét.

Nhìn :

1/- Bụng không thở

2/- Toàn bụng chướng hoặc dẹt

3 /- Có lỗ vết thương trên bụng

Sờ :

1/- Đau nhiều khi sờ ngay cả sờ nhẹ cũng rất đau (phản ứng phúc mạc).

Có thể tại vùng bị thương hoặc đau toàn bụng (do dịch tiêu-hoá lan tràn đi).

2/-Thành bụng phản ứng co cứng như gỗ

Gõ :

1/-Bụng có thể vang (do ứ hơi trong ruột) hoặc đục. Có thể gõ thấy đục ở những chỗ thấp của bụng nếu có chảy máu trong.

2/- Vùng trước gan gõ có thể vang nếu có thương tổn cơ quan rỗng.

Triệu chứng chức năng

1/- Nôn mửa

2/- Bí trung, đại tiện

Triệu chứng toàn thân. Có 2 hội chứng biểu hiện khác nhau.

1/- Nếu có viêm phúc mạc do thủng cơ quan rỗng thì tình trạng toàn thân biểu hiện hiện tượng nhiễm trùng :

- Mạch nhanh, sốt cao. lưỡi bẩn
- Bạch cầu cao.

2/- Nếu có thương tổn cơ quan đặc gây chảy máu thì tình trạng toàn thân biểu hiện hội chứng mất máu, và choáng.

- Mạch nhanh, huyết áp hạ, nhiệt độ hạ
- Sắc mặt xanh nhợt, toát mồ hôi
- Hồng cầu giảm, huyết sắc tố giảm
- Các đầu ngón tay ngón chân lạnh.

C/- Xử trí vết thương bụng.

1/- Nguyên tắc :

- Tất cả vết thương thấu bụng đều cần mổ, mổ cấp cứu và nhất là loại có chảy máu.
- Không mổ trong trường hợp sau đây : Thương-binh hấp hối mà không có triệu chứng chảy máu trong, hoặc thương binh đến quá muộn, quá trình viêm nhiễm đã hàn chỗ lại, tình trạng toàn thân tốt.

2/- Cấp cứu tại mặt trận.

- Băng bó vô trùng vết thương, nếu có lòi phủ-tạng ra cũng không được nhét vào. Mà chỉ dùng gạc đắp xung quanh và băng lại.
- Tiêm thuốc trợ tim mạch, tiêm thanh huyết chống uốn ván và loại thuốc kháng sinh.
- Không cho uống nước (ăn uống gì) không tiêm Morphine

- Ưu tiên vận chuyển số 1 : nhanh, êm dịu.

3/- Điều trị ở tuyến sau.

- Nếu có choáng : phải chữa choáng bằng cách ủ ấm chống lạnh, truyền dịch thể hoặc máu, choáng do chảy máu phải mổ cầm máu mới hy vọng chữa choáng khỏi.
- Tiêm thuốc trợ tim mạch
  Tiêm kháng sinh liều cao.
- Mổ theo thứ tự sau đây :

  1) Đang có chảy máu trong

  2) Vết thương thấu không có dấu hiệu chảy máu trong.

  3) Vết thương nghi thấu.

- Phải hồi sức trước rồi mới mổ các trường hợp sau đây :

  1) Thương binh bị choáng nhưng không phải vì chảy máu trong.

  2) Thương binh hấp hối.

- Điều trị sau khi mổ cần chú ý :

  + Chống choáng do mổ
  + Chống mất nước
  + Chống nhiễm trùng, nhiễm độc
  + Chống biến chứng nhiễm trùng phổi

Mổ xong giữ lại 10 - 14 ngày mới chuyển vận về Hậu-phương./.

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

CHOÁNG CHẤN THƯƠNG

I/ Định nghĩa.

Choáng do chấn thương là một trạng thái suy yếu đột ngột tất cả chức năng sống của cơ thể do chấn thương gây ra (chức năng tuần hoàn, hô hấp, vv...)

II/ Nguyên nhân của choáng.

Choáng là do kết quả của 3 nguyên nhân chính :

1. Do thần kinh trung ương bị kích thích trong và sau khi bị chấn thương.
2. Do mất máu và mất huyết tương.
3. Do nhiễm độc từ vết thương.

Những điều kiện thuận lợi khác làm cho choáng xuất hiện và trở nên trầm trọng là :

1/ Mất máu do vết thương.

2/ Mệt mỏi, quá sức, lạnh, đói.

3/ Yếu toàn thân do bệnh tật cũ, do điều kiện chiến trường.

4/ Tinh thần căng thẳng, lo âu trước nguy hiểm.

III/ Triệu chứng của choáng.

1- Thương-binh bị kích thích dẫy dụa, vật vã, nói lảm nhảm hoặc nằm thờ ơ không muốn cử động, không muốn nói, nhưng Thương-binh vẫn biết.

2- Mạch tăng nhanh và nhỏ, có khi không đếm được ở cổ tay, có khi tăng đến 120 - 160 / 1 phút.

Huyết áp tụt xuống quá mức bình thường, có khi huyết áp tối đa giảm đến 70, 80. Nhiệt độ hạ xuống 36° - 35°5. Nhịp thở nhanh, thở ngắn, có khi thở loạn nhịp.

3- Sắc mặt nhợt nhạt, da lạnh, toát mồ hôi, nổi gai ốc.

4- Cảm giác giảm, phản ứng giảm.

5- Thử máu : Số lượng hồng cầu và huyết sắc tố lúc đầu tăng, về sau giảm.

IV/ Phòng và chữa choáng thấn thương.

A) Phòng choáng.

Choáng có thể phòng được, mà phải làm từ tuyến Đại-đội trở về sau; muốn phòng choáng thì phải chữa tất cả những nguyên nhân gây ra choáng. Cụ thể là :

1. Cứu chữa Thương-binh sớm và làm tốt ngay từ đầu.
2. Chống đau đớn bằng mọi biện pháp: cố định gẫy xương tốt, chuyển vận êm, cho thuốc giảm đau, như : Morphine, Prorédol.
3. Chống mất máu cho Thương-binh như băng bó tốt, cầm máu tốt, khi có vết thương mạch máu.
4. Ủ ấm cho Thương-binh, thay quần áo ướt, cho uống nước đường nóng.

B) Chữa choáng.

Nguyên tắc :

1/ Chữa sớm, liên tục và chữa đến nơi đến chốn.
2/ Phải chữa nhiều mặt phối hợp.
3/ Phải chữa choáng ở giai đoạn đầu và cả giai đoạn cuối nữa.

Cụ thể những biện pháp chữa choáng như sau :

1/ Phải giảm đau cho Thương-binh bằng cách : Cố định tốt trong vết thương gẫy xương, di chuyển Thương-binh nhẹ nhàng, êm dịu.

Cho thêm những thuốc giảm đau như : Morphine, tiêm dưới da 0;01 .

2/ Chống mất máu và thoát huyết tương :

- Cầm máu tốt đối với vết thương mạch máu.
- Truyền máu, truyền dịch thể.
- Cho thuốc bổ tim mạch như: Camphre,...
- Cho ngửi O_2 nếu có điều kiện.

3/ Chống nhiễm trùng nhiễm độc :

- Mổ vết thương sớm và tốt.
- Cho thuốc kháng sinh.
- Cho sinh tố, cho đường.

V/ ...

ໃບຕິດຕາມອຸນຫະພູມ ແລະ ຊີບ

		ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ	ຊ	ລ
145	42																												
130	41																												
115	40																												
100	39																												
95	38																												
80	37																												
65	36																												
50	35																												

- ຕິດຕາມນ້ຳເຂົ້າ..............................
- ຕິດຕາມນ້ຳອອກ..............................
- ຕິດຕາມຖ່າຍໜັກ + ເບົາ ....
- ຕິດຕາມຄວາມດັນເລືອດ..............................

V/ Tổ chức phòng và chữa choáng theo tuyến.

A) Tuyến Đại đội và Tiểu đoàn.

Chủ yếu là phòng choáng :

- Cấp cứu nhanh, tốt.
- Cố định tốt, cầm máu tốt.
- Chuyển nhanh và nhẹ nhàng.
- Ủ ấm cho Thương-binh.
- Tuyến ở có thể tiêm thuốc giảm đau.

B) Tuyến trung đoàn :

Sơ bộ chữa choáng thôi, chú chưa chữa đầy đủ và căn bản :

- Kiểm tra băng bó, cầm máu và cố định.
- Mọi biện pháp chống lạnh.
- Chống mất máu; ngoài những biện pháp trên, có thể truyền máu và dịch thể chống choáng, như : Dextran, Thanh huyết.
- Cho thuốc chống đau và thuốc trợ tim mạch.

C) Tuyến Sư đoàn và Bệnh viện dã chiến tuyến I.

Chữa choáng triệt để và căn bản cho đến khi khỏi. Xử dụng tất cả những biện pháp của Trung đoàn, nhưng làm nhiều và đầy đủ hơn (chống đau, chống mất máu, chống lạnh, trợ tim mạch) .

--- oo ---

3-1-1963

220

NHIỄM TRÙNG VẾT THƯƠNG

=0=0=0=0=0=0=0=0=

I.- DAI CUONG .

Tất cả vết thương chiến tranh đều ô nhiễm bởi vi trùng (ái khí và yếm khí) nhưng ô nhiễm chưa phải là nhiễm trùng. Nhiễm trùng là sự lan tràn các vi trùng vào sâu trong các tổ chức qua ranh giới của vết thương đồng thời xuất hiện những dấu hiệu tại chỗ và toàn thân.

Nhiễm trùng làm cho vết thương lâu lành, có thể gây tàn phế, hoặc có thể gây tử vong.

II.- NGUYÊN NHÂN CỦA NHIỄM TRÙNG.

1/ Do các loại vi trùng : vi trùng thiên không khí và vi trùng kỵ không khí .

2/ Do sức chống đỡ của thương binh kém vì quá mệt mỏi, đói, rét, tinh thần căng thẳng .

3/ Do điều kiện tại chỗ : nhiều dắt cát mảnh bom đạn mảnh quần áo, máu tụ, đứt mạch máu, dập nát .....

III.- PHAN LOAI :

Có 3 loại chính .

1/ Nhiễm trùng mủ .

2/ Nhiễm trùng yếm khí .

3/ Nhiễm trùng uốn ván .

IV.- NHIỄM TRÙNG MỦ .

A/ NGUYÊN NHÂN .

- Do các vi trùng : bò đào cầu trùng, liên cầu trùng, phế cầu .....
- Do sức chống đỡ của thương binh và điều kiện tại chỗ của vết thương .

B/ TRIỆU CHỨNG .

a) Tại chỗ : 4 triệu chứng chính .

1- Sưng to tại chỗ
2- Nóng .

222

3- Mấu dạ đỏ lên .
4- Đau đớn nhiều .

Ngoài ra còn có thể thấy có mủ loãng .

b) Triệu chứng toàn thân :

- Thưởng binh sốt cao 39°, 40°, 41° có khi sốt thành cơn .
- Mạch nhanh .
- Sắc mặt đỏ hoặc vàng xám thiếu máu, lưỡi bự và bẩn .
- Bạch cầu tăng, có thể đến 10.000 - 20.000.

C/ TIENTRIEN CUA NHIEM TRUNG MU .

1/ Nếu được phẫu thuật sớm thì nhiễm trùng sẽ giảm dần, triệu chứng tại chỗ và toàn thân bớt dần đi .

2/ Nếu không được xử trí kịp thời thì nhiễm trùng càng ngày càng phát triển, bệnh càng nặng có thể đưa đến tàn phế hoặc chết .

D/ XU TRI VA PHONG NGUA NHIEM TRUNG .

Có 3 biện pháp cụ thể :

1/ Phẫu thuật vết thưởng sớm và tốt : Rạch rộng, cắt lọc tổ chức chết , lấy dị vật, cầm máu, dẫn lưu.

2/ Dùng thuốc kháng sinh (Penicilline và Sulfamide) tại chỗ và toàn thân .

3/ Cho nhiều sinh tố, đường, ăn uống tốt .

NHIEM TRUNG YEM KHI

Là 1 trong những biến chứng nặng nhất của vết thưởng chiến tranh . Do vi trùng kỵ không khí gây ra. Nhưng có vi trùng chưa phải là đã có nhiễm trùng yếm khí, mà vi trùng còn cần có 1 số điều kiện sau đây thì mới phát triển được .

1/ Nơi bị thương là đồng lầy, có phân người và súc vật, nhất là nơi chiến đấu là chiến hào, hầm hố, mưa gió .

2/ Thưởng binh yếu sẵn vì choáng, vì mất máu, đói, rét, mệt mỏi quá sức .

3/ Vết thưởng nhiều tổ chức dập nát, sâu, kín, nhiều ngõ ngách, đứt mạch máu, nhiều máu tụ, nhiều dị vật .

A/ DẤU HIỆU NHIỄM TRÙNG YẾM KHÍ .

Mấy đặc điểm .

1/ Bệnh phát triển rất nhanh .

2/ Nhiễm trùng nhiễm độc mạnh .

Triệu chứng tại chỗ : Có 4 dấu hiệu .

a) Nề phát triển nhanh, nề căng cứng không ôc lõm.

b) Cơ bị hoại tử nhanh: tím sẫm, cắt không chảy máu, cuối cùng chuyển sang màu thịt luộc .

c) Dịch tiết màu đen hay sẫm, mùi khắm thối rất đặc biệt .

d) Có khí dưới da và trong cơ tại vùng vết thương, trên da xuất hiện các nốt phỏng .

Triệu chứng toàn thân . Là 1 tình trạng nhiễm độc nhiễm trùng rất nặng .

a) Sốt cao 39° - 41° , mạch nhanh, huyết áp hạ.

b) Bệnh nhân có thể mê sảng, đi lỏng, nôn mửa, da vàng .

c) Xét nghiệm máu : bạch cầu cao.

Xét nghiệm nước tiểu: có albumine .

B/ CHỮA VÀ PHÒNG NHIỄM TRÙNG YẾM KHÍ.

1/ Đề phòng nhiễm trùng yếm khí .

- Cấp cứu vết thương tốt, xử trí phẫu thuật sớm.
- Huyết thanh chống hoại thư : 20ml tiêm bắp cho những thương binh bị vết thương nặng.

2/ Chữa :

- Phẫu thuật : hoặc rạch rộng cắt lọc kỹ và tốt. Hoặc cắt đoạn chi nếu bệnh đã nặng và tiến triển xấu .

- Thuốc : + Huyết thanh chống hoại thư liều lượng gấp 10 hay 20 liều dự phòng, tiêm bắp thịt chia đều trong ngày.

  + Cho kháng sinh liều mạnh : Penicilline 1.000.000 đơn vị / 1 ngày.

  + Truyền máu, truyền dịch thể

  + Cho nhiều sinh tố, trợ tim mạch .

- Ăn uống tăng cường cho ăn nhiều chất bổ .

+ + +

NHIEM TRUNG UON VAN

I.- DINH NGHIA :

Là 1 biến chứng nhiễm trùng yếm khí do trực trùng uốn ván Nicolaie gây ra. Vi trùng tiết ra độc tố, độc tố gây nhiễm độc tế bào thần kinh.

II.- TRIEU CHUNG.

Thời kỳ đầu :

1/ Thương binh có cảm giác đau tăng ở vết thương, có cảm giác kiến bò tại vết thương.

2/ Rụn cơ tại vết thương, mầu vết thương nhợt nhạt.

3/ Sốt nhẹ, sợ lạnh, rức đầu, đổ mồ hôi.

Thời kỳ sau :

1/ Các cơ co cứng :
- Co cơ gáy : gây cứng gáy.
- Co cơ hàm : gây cứng hàm không tự ăn uống được.
- Co cơ mặt cơ nhai cơ cằm tạo nên 1 nét mặt nhăn nhó :
- Co các cơ lưng, bụng, tạo nên những hình dạng đặc biệt.

2/ Những cơn co dật.

Ánh sáng tiếng động, gió lùa đều có thể kích thích bệnh nhân gây những cơn co dật. Những cơn co dật có thể nhanh, chậm tuỳ trình độ nặng nhẹ của bệnh.

Thương binh có thể chết ngạt do co thắt thanh hầu và thanh quản.

3/ Triệu chứng toàn thân : thương binh sốt cao 38°-41° mạch nhanh, đến 120/ 1 phút. Nhịp thở nhanh tinh thần vẫn tỉnh cho đến lúc chết.

III.- PHONG VA CHUA UON VAN.

A/ PHONG UON VAN.

1/ Tiêm thanh huyết chống uốn ván cho tất cả thương binh 3.000 đơn vị tiêm bắp thịt.

2/ Xử trí phẫu thuật vết thương sớm và tốt.

B/ CHUA UON VAN.

1/ Thuốc đặc hiệu : thanh huyết chống uốn ván mỗi ngày 80.000 - 100.000 đơn vị/ trong 1 ngày, pha với thanh huyết ngọt đẳng chương tiêm nhỏ giọt tĩnh mạch, nhờ thử phản ứng.

2/ Chữa triệu chứng : thuốc an thần, trợ tim mạch.

3/ Phẫu thuật : Cắt lọc mở rộng vết thương có khi cần phải cắt đoạn.

4/ Hộ lý : Thương binh nằm buồng tối, kín, tránh tiếng động, cho ăn bằng sonde qua mũi.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

13, 1, 1964

VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU DO HỎA [illegible]
=:=:=:=:=:=:=:=:=:=:=:=

I.- DẠI CƯƠNG /

1/ Là loại vết thương [illegible] tỷ lệ chung là 1,[illegible] - 1,[illegible] tổng số vết thương. Nguyên nhân tử vong [illegible] 50% do vết thương mạch máu.

2/ Thương tích mạch máu, có thể do đạn, mảnh đạn [illegible] còn do các đầu xương [illegible] ra. Có 2 loại [illegible] mạch máu :

Chấn thương mạch máu do mảnh đạn [illegible] cạnh thành mạch máu hoặc do ảnh hưởng gián tiếp.

- Vết thương mạch máu : bao gồm mạch cạnh bị thương xuyên qua, hoặc bị đứt hoàn toàn, hoặc bị vỡ mạch máu.

3/ Còn phân chia ra : vết thương mạch máu [illegible] phát và vết thương [illegible] chảy máu thứ phát.

- Thương tổn mạch máu có thể là động mạch hoặc tĩnh mạch hoặc cả động mạch lẫn tĩnh mạch.

II.- TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ CHẨN [illegible].

1/ Chẩn đoán dễ dàng khi có chảy máu ra bên ngoài [illegible] và quần áo.

2/ Nếu không rõ ràng thì cần có vào những triệu chứng sau đây :

a) Đường đi của viên đạn và vị trí vết thương [illegible] đường đi của mạch máu.

b) Tại chỗ vết thương : [illegible] dưới da hoặc trong tổ chức [illegible] mạch máu.

- Bọc máu tụ có thể [illegible].
- Bọc máu tụ có thể [illegible] chảy máu thứ phát hoặc nhiễm trùng.

c) Toàn thân : mặt [illegible] nhợt nhạt, da lạnh, [illegible] mồ hôi, chóng mặt, [illegible].

- Mạch nhanh nhỏ trên 120 [illegible].
- Huyết áp hạ [illegible] 60 - 70 [illegible].

d) Xét nghiệm : [illegible] sắc tố [illegible].

e) [illegible] chi bị [illegible] thì có thể [illegible] : mạch [illegible] da nhợt nhạt, [illegible] độ hạ.

226

III.- CHẢY MÁU THỨ PHÁT .

A/ Thường gặp trong chiến tranh, thời gian xuất hiện chảy máu thứ phát có thể từ 1 đến 30 hôm sau khi bị thương thường hay xuất hiện sau 5 - 7 hôm .

Mạch máu hay gây chảy máu thứ phát thường ở tứ chi.(như ở động mạch đùi, động mạch cánh tay, động mạch khoeo, động mạch mông .

B/ Nguyên nhân :

1/ Chỉ tuột
2/ Do mảnh xương hoặc mảnh đạn chọc thủng trong qúa trình điều trị và vận chuyển .
3/ Cục huyết tắc nung mủ .
4/ Nhiễm trùng vết thương làm nhiễm trùng mạch máu.
5/ Cố định không tốt hoặc chuyên vận không tốt
6/ Truyền máu với tốc độ nhanh liên tục làm huyết áp tăng cao đột nhiên gây chảy máu ở các mạch máu bị thương mà đã được bít bằng 1 cục máu đông .

C/ TRiệu chứng :

1/ Dấu hiệu báo trước : tại vết thương nhiều mủ và tổ chức hoại tử, viêm nhiễm tại chỗ, nhiệt độ tăng, nề, đau tăng, mủ lẫn máu tại vết thương .
2/ Chảy máu thứ phát thường xuất hiện về ban đêm, rất đột ngột có khi rất nặng. Thương binh thấy nóng ở vết thương, choáng váng, sợ hãi kêu la, hoặc bất tỉnh rối loạn tâm trí .
3/ Triệu chứng toàn thân cũng như ở chảy máu tiên phát.

IV.- CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ .

Nguyên tắc chung :

1/ Cầm máu không cho chảy máu
2/ Phục hồi số lượng máu mất .

A/ Tại hỏa tuyến (c,d)

Chủ yếu là cầm máu tạm thời bằng mọi phương pháp.

1/ Đè ép : bằng ngón tay những mạch máu lớn(động mạch cổ, dưới đòn, cánh tay, đùi .....

2/ Quặt tay hoặc co tay thật chặt : ví dụ:gấp cẳng tay vào cánh tay (phương pháp) .

3/ Băng gạc ép chặt vết thương .

4/ Đặt ga-rô : có thể dùng ga-rô đã quy định hoặc tất cả các giây băng, các giây có tại chỗ (xé quần ..).

Mấy nguyên tắc :

- Vị trí ga-rô đặt tại giữa vết thương và gốc chi(cố gắng đặt sát vết thương).

- Có lót ở da chỗ buộc ga-rô.
- Thắt cho tới khi máu tại vết thương không chảy, mạch ở phía dưới không đập.
- Không đặt quá 2 giờ, cứ 1h30' phải nới và [illegible] đè ép phía trên.
- Phải để chỗ dễ trông thấy, ưu tiên chuyển vận số 1.

B/ Tại bệnh viện điều trị.

- Tạm thời :

1/ Đặt kìm kẹp tại chỗ

2/ Nhét gạc ép tại chỗ.

3/ Phục hồi mất máu, truyền máu dịch thể thay máu, huyết tương, thanh huyết, trợ tim mạch.

Vĩnh viễn :

- Thắt mạch máu
- Khâu mạch máu
- Phục hồi luôn máu đã mất : truyền máu, dịch thể thay máu.

Trợ tim mạch : Camphre, Coramine, C[illegible]ine, sinh tố.

XXXXXXXXXXXXX ---- XXXXXXXXXXX

228

người ăn thịt lợn có bệnh đặc biệt. Không có thuốc Đ

vào viện trong tháng 6 - bị tháng 6-68.

nhu:

1)- thao bun pone.

2)- thao khiêm phon-

3)- bun tay.

4) chan bang -

5)- Bune nôn -

tất cả năm người này - !

nặng nhất có 2 người

1) pone

2) khăm phone.

Lê văn Hồng 23 - 1 - 64

A1 C2

TON THUONG DO SUC EP (NO)

I.- DAI CUONG .

Trong chiến tranh có nhiều thương binh bị tai nạn do sức nổ. Các loại bom thủy lôi mìn, ngoài mảnh phá gây tổn thương có thể còn do sức nổ nữa .

Có 3 loại tổn thương do sức nổ :

1/ Sức nổ ở không khí gây tổn thương .
2/ Sức nổ ở nước gây tổn thương .
3/ Sức nổ qua dẫn truyền chất đặc gây tổn thương .

II.- TON THUONG DO SUC NO KHONG KHI .

A/ CO CHE SINH BENH :

Khi bom nổ tại trung tâm áp bức rất mạnh đẩy không khí ra xung quanh, áp lực mạnh dập vào hầm hố làm phá vỡ vào cỏ thể làm người chết, tổn thương các nội tạng, làm bắn có thể người ta đi

- Sau đó ở trung tâm nổ gây ra khoảng chân không khí, gọi không khí trở lại, ngoài ra còn do tiếng vang mạnh và rung chuyển không khí .

B/ GIAI PHAU BENH LY .

- Chảy máu não , mù tạm thời hay vĩnh viễn, tai rách nhĩ , phổi vỡ phế bào, nề cấp phổi, rách vỡ nội tạng .

C/ LAM SANG .

1/ Nặng : gây tử vong .

- Có thể rách nát , nội tạng phòi ra ngoài .
- Mặt sưng tím nề to, máu chảy ra mũi, tai .

2/ Vừa :

a) Bất tỉnh :

Các cơ mềm nhẽo không có phản ứng hoặc giảm mạch yếu nhanh .

b) Tỉnh : Thương binh khó thở, ho ra máu mặt tím, khạc ra đờm lẫn máu (triệu chứng nề cấp phổi) tức ngực .

Bụng : Có khi có triệu chứng thủng phúc mạc .

Tai : ù điếc có khi bị câm .

NGOAI III . Ton thuong do suc no no. KL/-2-

Triệu chứng não : Rức đầu, chóng mặt, trí nhớ kém, liệt cổ. Nhẹ : sau 2 hôm khỏi hoặc kéo dài .

D/ DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ .

1/ Dự phòng : thấy ánh sáng nổ nằm sấp tay đè dưới ngực và bụng, phải có mũ che tai (hoặc bịt tai), cắn nút chai khi bom nổ .

2/ Điều trị : Thường binh nằm ở giường, cho thuốc an thần trợ tim, cho ngửi oxy .

- Theo dõi về bụng, phổi
- Nếu có triệu chứng thủng võ nội tạng hay chảy máu trong phải mổ .
- Truyền dịch thể : chú ý gây ne phổi nếu truyền nhiều .
- Xoa bóp, tắm nóng và lạnh
- Tập phát âm, nói .

Những trường hợp dai dẳng : thụy miên liệu pháp .

- Chuyển về bệnh viện thần kinh và bệnh viện chuyên khoa tai mũi họng .
- Thể nhẹ : chuyển về bệnh viện khinh thương .

III.- TỔN THƯƠNG DO SỨC NỔ Ở NƯỚC :

- Do sức nổ của ngư lôi khi đang bơi lội, sức nổ truyền qua nước .

- Triệu chứng bệnh lý như trên, ở đây thương binh sức chống đỡ kém : hay có tổn thương ở ngực, dạ dày, bọng đái.

IV.- TỔN THƯƠNG DO TRUYỀN QUA CHẤT ĐẶC .

- Trường hợp xe tăng bị mìn, sức nổ qua xe tăng truyền vào người ngồi .

- Thuyền, tàu chiến bị đại bác sức nổ truyền qua chất thép vào

- Thường có triệu chứng gãy xương vụn (xương chày, xương đùi cột sống).

XQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQ

Lê văn Hồng 18 - 2 1958
AI C2

VẾT THƯƠNG CỘT SỐNG VÀ TỦY SỐNG DO HỎA KHÍ

I.- ĐẠI CƯƠNG :

Là loại vết thương tỷ lệ tương đối ít (0,5 - 1,5.) nhưng rất nặng . Vì tử vong rất cao (50-75%) tỷ lệ tàn phế 20-40% . Trở về chiến đấu chỉ còn 5-10% . Ngoài vì ngoại thương tổn tủy sống còn có thương tổn kết hợp vùng ngực, bụng, chậu :

+ Phân loại : loại vết thương thấu .

loại vết thương không thấu .

Loại thấu nghĩa là có thương tổn vách ống tủy:

+ Thương tổn do đạn hoặc mảnh phá có thể đi cạnh cột sống, đi sượt cột sống làm sây xương sống (thân xương, các mỏm ...) hoặc siên qua ống sống hoặc ở lại trong ống sống. Thương tổn tủy có thể thấy tủy bị ép, bị chấn động, bị dụng, rập, bị đứt 1 phần hoặc đứt hoàn toàn, hoặc xê dịch hình tủy bị đứt .

Do 3 yếu tố :
1- Mức do tổn thương của tủy .
2- Vị trí tổn thương .
3- Có nội tạng phối hợp không ?

II.- TRIỆU CHỨNG - LÂM SÀNG.

A/ TRIỆU CHỨNG CHUNG .

1/ Mất tri giác . Nếu tủy bị thương tổn ở đoạn sống cổ hoặc phần trên của đoạn sống lưng .

2/ Choáng tủy sống : Thương tổn nặng tủy sống bao giờ cũng có choáng . Choáng tủy sống cũng giống như choáng thường nhưng có vài đặc điểm :

- Rối loạn vận động và yếu .
- Rối loạn chức phận phủ tạng vùng chậu (bàng quang, trực tràng).
- Rối loạn phản xạ và chức phận thực vật của tủy sống .

3/ Rối loạn hệ thần kinh thực vật . Đây là tổn thương trung tâm giao cảm trong tủy . Tổn thương càng cao thì rối loạn càng kịch liệt .

- Thương binh khó thở.
- Mạch nhanh, huyết áp hạ thấp, có khi không lấy được nhiệt thân hạ.
- Mồ hôi tăng tiết
- Đồng tử có thể co, đạn đều cả 2 bên.
- Bụng chướng có thể có co cứng, dấu da dày, sáp tính .

B/ TRIỆU CHỨNG CHÍNH CỦA TỪNG ĐOẠN TỦY BỊ THƯƠNG TỔN ;

1/ Đoạn sống cổ 1 - 4 .

- Liệt nhẹ hay nặng kiểu cường cơ tứ chi.
- Rối loạn cảm giác ở dưới mức tổn thương .
- Phản xạ tăng, có phản xạ bệnh lý bó tháp.
- Bí ỉa đái .

2/ Đoạn sống cổ 5-8 .

- Liệt nhẹ hoặc nặng kiểu nhược cơ chi trên. liệt cương cơ chi dưới
- Rối loạn cảm giác dưới mức tổn thương :
- Bí đái ỉa .

3/ Đoạn tủy sống lưng .

- Liệt nhẹ hay nặng kiểu cường cơ chi dưới:
- Rối loạn cảm giác dưới chỗ bị thương .
- Bí đái ỉa .
- Có thể tiến triển như 1 hội chứng bụng cấp tính .

4/ Đoạn tủy thắt lưng .

- Liệt nhẹ hoặc nặng kiểu nhược cơ chi dưới
- Rối loạn cảm giác dưới chỗ bị thương .
- Đái ỉa rìn rề .

5/ Vùng chóp nón của tủy sống :

- Không có liệt chi dưới
- Phản xạ còn nguyên .
- ỉa đái rìn rề .
- Mất cảm giác hình yên ngựa.

6/ Thương tổn đuôi ngựa :

- Liệt nhũng chi dưới. .
- Rối loạn cảm giác dưới chỗ bị thương :
- Ỉa đái rìn rề .

III .- XỬ TRÍ .

Nguyên tắc :

1/ Trong chuyển vận không được gây thương tổn thêm .
2/ Cần xử trí tốt chống nhiễm trùng và biến chứng tạo điều kiện cho tủy sống có thể phục hồi được.

Tại hỏa tuyến .

- Cấp cứu đầu tiên rất quan trọng vì đa số thương binh loại này không tự cứu được.

- Đưa thương binh ra khỏi mặt trận, chuyển vận trên cáng thẳng nhẹ nhàng tuyệt đối không được vác bế, cõng thương binh .
- Nới giầy dép, thắt lưng, cố ép đỡ cho thương binh dễ chịu .
- Khi chuyển vận nếu không có ván cáng thì để thương binh nằm sấp, cần cố định cả thương binh vào cáng.
- Chú ý chống lạnh .

Tại Q. D. .
- Bổ xung băng bó và cố định lại.
- Nếu đau quá cho tiêm morphine .
- Chuyển vận nhẹ nhàng và ủ ấm .

Tại Q. E :
- Kiểm tra lại băng bó cố định lắp nẹp trên cáng.
- Tiêm kháng sinh, thuốc giảm đau, trợ tim mạch
- Có bí đái thì thông đái.
- Ủ ấm, uống nước nóng .
- Chuyển vận nhanh về I , chuyển vận nhẹ nhàng .

Tại Q. F :
1/ Phân loại ra 3 loại sau đây .

a) Loại hấp hối biến hình hồi sức, khi đỡ khá thì hoặc chuyển về hậu phương hoặc can thiệp phẫu thuật nếu có chỉ định .

b) Loại cần can thiệp khẩn cấp .
- Loại có kèm theo thương tổn bụng, ngực.
- Loại có chảy dịch não tủy và máu ra ngoài xử trí cầm máu .

c) Loại nhẹ .
- Bổ xung băng bó và cố định .
- Tiêm kháng sinh và giảm đau .
- Tranh thủ chuyển vận về sau .

Ghi chú .

- Tuyến I không xử trí ngoại khoa vết thương tủy sống mà chỉ xử trí vết thương phối hợp .
- Khi giữ lại nếu bí đái cần làm phẫu thuật mở bàng quang .
- Khi chuyển vận cần đặt thương binh nằm sấp, hoặc trên tấm cứng. Chú ý ủ ấm cho thương binh .

Tại Bệnh viện chuyên khoa :

Tại đây xử trí cơ bản vết thương tủy sống .

236

Mấy nguyên tắc về phẫu thuật .

1/ Nếu có phối hợp thương tổn nội tang thì phải xử trí vết thương nội tang trước .

2/ Phẫu thuật càng sớm càng tốt.

Kỹ thuật

1/ Xử trí vết thương phần mềm .

2/ Mở màng cứng kiểm tra mặc dầu không rách.,

3/ Tủy sống : tủy đứt cũng không khâu mà chỉ lấy hết dị vật, máu cục, rửa bằng serum rễ thần kinh mà bị đứt thì khâu. Đuôi ngựa bị đứt thì khâu nhưng không được nối nhầm.

4/ Khi cắt bán vùng thắt lưng nên cắt ở vòng cung để lên tủy trước rồi mới cắt đến lân cận. Còn ở lưng và cổ thì cắt nhiều bán hơn để giải thoát tình trạng nề .

Săn sóc sau khi mổ :

- Chống loét .
- Chống nhiễm trùng đường tiết niệu .
- Nuôi dưỡng thương binh tốt.

XQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQ

VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG TỨ CHI DO HỎA KHÍ

=:=:=:=:=:=:=:=:=:=

I.- ĐẶC ĐIỂM CỦA VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG TỨ CHI.

1/ Gãy xương do hỏa khí bao giờ cũng là gãy hở ít nhiều bị ô nhiễm, dễ bị nhiễm trùng.

2/ Xương gãy nhiều vẻ khác nhau, xương dài phần nhiều vỡ làm nhiều mảnh.

3/ Phần mềm thương tổn bao giờ cũng rộng và sâu, đường ống vết thương phần nhiều có tổ chức hoại tử.

4/ Dễ gây choáng chấn thương, dễ gây chảy máu.

5/ Điều trị bao giờ cũng phức tạp và kéo dài.

II.- TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.

Chẩn đoán vết thương gãy xương thường dễ dàng không khó khăn lắm.

Căn cứ trên các dấu hiệu sau đây:

Nhìn: - Hướng đi của đạn qua xương.
- Chi bị biến dạng: sưng, vẹo đi, cong gấp khúc.
- Có thể thấy mảnh xương tại vết thương
- Chi bị phù nề to lên.

Sờ: - Rất đau khi ấn theo trục xương của chi.
- Khi di động chi có thể nghe thấy tiếng lạo xạo tại ổ gãy.

Đo: - Chi gãy ngắn hơn chi bên lành.

Vận động: - Bệnh nhân không tự cử động chi gãy được
- Có thể làm những cử động bất thường được.

III.- NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG TỨ CHI.

1/ Băng bó vô trùng, cầm máu tốt.

2/ Tích cực chống choáng và phòng choáng.

3/ Cố định tốt và chuyển vận nhẹ nhàng.

4/ Tranh thủ phẫu thuật kỳ đầu, chống biến chứng nhiễm trùng.

5/ Đảm bảo liền xương nhưng đồng thời phải hồi phục cơ năng vận động của chi.

A/ BIỆN PHÁP PHÒNG VÀ CHỐNG [illegible] .

1/ Chống đau bằng mọi biện pháp :
   - Tiêm thuốc giảm đau [illegible] morphine
   - Phong bế ổ gãy, phong bế gốc chi
   - Cố định tốt
   - Chuyển vận nhẹ nhàng

2/ Bổ xung dịch thể :
   - Uống nước đường nóng (nếu không có vết thương bụng).
   - Truyền dịch, truyền máu [illegible] mất máu nhiều .

3/ Cố định tốt và sớm đúng nguyên tắc.

4/ Cầm máu tốt [illegible] .

B/ VẤN ĐỀ XỬ TRÍ PHẪU THUẬT KỲ ĐẦU .

Mọi chấn thương có vết thương [illegible] đều phải xử trí phẫu thuật. [illegible] .

1/ Phần mềm [illegible] .

2/ Có [illegible] phá hủy

3/ Đang chảy máu tiến diễn .

NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ PHẪU THUẬT .

1/ Rạch rộng. cắt lọc phần mềm
2/ Lấy hết dị vật, lấy mảnh xương rời tự do [illegible], cắt phẳng các đầu xương nhọn .
3/ Cầm máu tốt .
4/ Dẫn lưu ổ gãy, không phải được [illegible] kín .
5/ Cho kháng sinh tại chỗ và toàn thân .
6/ Không khâu kín kỳ đầu .

C/ VẤN ĐỀ CỐ ĐỊNH [illegible] .

Nguyên tắc :

1/ Phải cố định được 2 khớp trên và dưới .
2/ Phải cố định ở tư thế [illegible]
3/ Đệm bông đủ [illegible]
4/ Chống [illegible] làm [illegible] của chi, không được gây thương tổn thêm [illegible] .

[illegible]

1/ [illegible] tốt .
2/ [illegible] .

3/ Dong đinh nội tuỷ, khớp xuyên .
4/ Kéo liên tục .

PHUONG PHAP CO DINH TAM THOI GAY XUONG TU CHI GAY DUI .

Gẫy dùi . Nẹp Di-tơ-ritch , nẹp lòng máng hoặc nẹp tre, nẹp gỗ .

Cố dinh, khớp hông và khớp gối tư thế : chân ruỗi thẳng, và bàn chân thẳng góc .

GAY CANG CHAN . Thường dùng nẹp Kơ-ra-mơ hoặc nẹp tre, nẹp gỗ, nẹp lòng máng phải cố dinh khớp gối và khớp cổ chân .

GAY CANH TAY .

Cố định bằng nẹp Kơ-ra-mơ dài cố định khớp vai và khớp khuỷu tư thế cánh tay ép vào thân người, khuỷu tay để vuông góc 90°, bàn tay và cẳng tay để ½ sấp ½ ngửa .

GAY CANG TAY . Có thể dùng nẹp Kơ-ra-mơ, hoặc 2 nẹp tre, cố định khớp cổ tay và khuỷu, tư thế khuỷu 90°, bàn tay ½ sấp ½ ngửa .

GAY XUONG BAN TAY VA CAC NGON TAY . Cố dinh bằng nẹp Kơ-ra-mơ. Tư thế ; bàn tay ruỗi 30° , các ngón tay gấp theo tư thế chức phận .

IV.- CAP CUU TAI MAT TRAN .

1/ Cầm máu tốt, băng bó vô trùng .
2/ Cố dinh đơn giản bằng phương tiện sẵn có hoặc phương tiện ứng biến .
3/ Uống thuốc giảm đau, hoặc tiêm thuốc giảm đau .
4/ Uống cấp cứu thuỷ, uống nước nóng uống chè đường .
5/ Chuyển vận nhẹ nhàng, êm, nhanh chóng ra khỏi trận dịa.

V.- DIEU TRI TAI BENH VIEN .

1/ Phẫu thuật xử trí vết thương, xử trí xương gẫy; xử trí mạch máu nếu có thương tổn .
2/ Chữa choáng nếu có choáng .
3/ Tiêm kháng sinh tại chỗ và toàn thân .
4/ Tiêm thanh huyết đặc hiệu chống uốn ván và chống hoại thư .
5/ Truyền dịch thể và máu nếu có mất máu nhiều .
6/ Cố dinh bằng mọi biện pháp cho đến khi liền xương .
7/ Vận động khi đã hết thời hạn cố dinh để hồi phục chức phận vận động .

ZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZZ

NGOẠI III .- Nhiễm độc do chấn thương. [illegible]

NHIỄM ĐỘC DO CHẤN THƯƠNG

I. ĐỊNH NGHĨA.

Nhiễm độc do chấn thương [illegible] một thời gian lâu [illegible] (thường [illegible] chi dưới [illegible]).

II. NGUYÊN NHÂN PHÁT SINH BỆNH.

Do 3 yếu tố :

1/ Nhiễm độc toàn thân.

Do sự tự hủy hoại các tổ chức [illegible] bị đè ép, [illegible] được cứu ra khỏi [illegible] thì chất độc tràn ngập [illegible] gây nhiễm độc toàn thân.

2/ Rối loạn tuần hoàn.

[illegible]

3/ Kích thích hệ thần kinh.

[illegible] kích thích [illegible], [illegible] ức chế toàn bộ.

III. TRIỆU CHỨNG NHIỄM ĐỘC DO CHẤN THƯƠNG.

Vùng đè càng rộng, [illegible] càng nguy hiểm.

Chia làm 3 thời kỳ :

a) Thời kỳ đầu : [illegible] ra khỏi chỗ đè ép :

- Tại chỗ bị đè ép : [illegible]

- Toàn thân. [illegible]

b) Thời kỳ [illegible] :

[illegible]

244

c) Thời kỳ thứ ba : là thời kỳ phục hồi. Triệu chứng toàn thân khá dần lên; triệu chứng tại chỗ cũng khá hơn, cảm giác và cử động phục hồi dần dần.

Một số trường hợp có teo cơ, cứng khớp, co quắp.

IV. ĐIỀU TRỊ NHIỄM ĐỘC DO CHẤN THƯƠNG.

Nguyên tắc :

1/ Chống đau đớn.
2/ Chống nhiễm độc.
3/ Chống rối loạn tuần hoàn.

Cấp cứu bước đầu :

1) Cứu nhanh Thương-binh ra khỏi chỗ vùi ép.
2) Đặt ga-rô hơi phía trên chỗ vùi ép.
3) Để chi lạnh, cố định.
4) Uống nước.
5) Tiêm thuốc giảm đau, thuốc trợ tim mạch.
6) Tiêm huyết thanh chống uốn ván, chống hoại thư.

Điều trị về sau :

1- Chống suy thận bằng cách :
- Phong bế quanh thận.
- Cho nhiều đường, tiêm và uống.
- Uống nhiều nước, uống Bicarbonate de Na.
- Truyền dịch thể.
- Tiêm Novocaine tĩnh mạch 0,25 % 20 cc.

2- Phẫu thuật :
- Rạch rộng cơ bị hoại tử.
- Đắp thanh huyết mặn ưu chương.

3- Điều trị biến chứng thiểu năng thận, biến chứng teo cơ và co quắp.

13-1-1963

Lê văn Hồng
A1 C2

26 11

BỎNG TRONG CHIẾN TRANH

I.- ĐẶC ĐIỂM CHUNG :

1/ Tỷ lệ :

Trong lịch sử chiến tranh, việc sử dụng lửa để sát thương đã có từ lâu, trong chiến tranh hiện nay tỷ lệ bỏng tăng cao do việc sử dụng phổ biến các bom lửa, súng phun lửa, bom Na - pan, vũ khí hạt nhân .

- Đại chiến I bỏng có 0,04% so với tổng số thương binh.
- Đại chiến II 0,5% . Trong hải quân thương tỷ lệ cao hơn cả .

2/ Nguyên nhân :

- Chủ yếu là do lửa (bom lửa, Na-pan, chảy nhà), rồi tới nước sôi, hóa chất kiềm toan ở công binh xưởng .

3/ Vị trí :

Thương binh đa số bị bỏng ở phần hở của cơ thể (đầu, mặt , tay) .

II.- PHÂN LOẠI BỎNG :

- Bỏng nặng hay nhẹ là dựa trên hai yếu tố : chiều xâu và nhất là chiều rộng của vết bỏng .

Có nhiều phương pháp, chia độ bỏng xâu và diện bỏng trong ngoại khoa dã chiến chia bỏng như sau :

A/ THEO ĐỘ SÂU: chia làm 4 độ :

1/ Độ I : da tấy đỏ : tổn thương lớp thượng bì .

2/ Độ II:

a) Độ II nông : Một phỏng chứa nước dịch trong; tổn thương lớp tế bào hạt trên lớp tế bào đáy.

b) Độ II xâu : Nốt phỏng màu hồng tổn thương tới lớp hạt và cả tới lớp tế bào đáy, còn lại một số lớp tế bào đáy ở biểu bì có rếp trong nội bì như tuyến mỡ, tuyến mồ hôi .

3/ Bỏng độ III : Tổn thương toàn bộ da tới phần mềm.

4/ Bỏng độ IV: Hoại tử tới tổ chức xâu cân cơ, nội tạng, xương cháy thành than .

B/ TÍNH DIỆN TÍCH : Có nhiều phương pháp :

1/ Ở bệnh viện áp dụng phương pháp sau :

a) Toàn diện tích cơ thể là 100% .

Đầu	7%	2 cánh tay :	8%
Cổ	2%	2 cẳng tay :	6%
Ngực bụng	13%	2 bàn tay :	5%
Lưng	13%	2 đùi :	19%
Mông	5%	2 cẳng chân :	14%
Bộ phận sinh dục .	1%	2 bàn chân :	7%

b) Toàn diện tích cơ thể là 1.6000cm² = 100% .

1 cm² = 0,006%
1000 cm² = 6,25%

- Đo diện tích vết bỏng in lên giấy bóng, cách : bôi quanh vết bỏng bằng thuốc Mercurochrome; in giấy bóng lên rồi dán ra đất lên mặt phẳng giấy có kẻ ô vuông, mỗi ô là 1 phân vuông rồi tính ra diện tích .

2/ Trong hoàn cảnh ở tuyến trước thường dùng :

a) Phương pháp số 9 (tính bỏng lớn).

Đầu cổ	:	9%
1 chi trên	:	9%
Bụng ngực	:	18%
Lưng	:	18%
Sinh dục	:	1%
1 chi dưới	:	18%

13

b) Phương pháp đo bàn tay (tính bỏng hẹp).

Mỗi bàn tay tính bằng 1 - 1,25% (ước lượng theo bàn tay của bệnh nhân) lấy bàn tay áp lên diện bỏng đo được mấy lần thì nhân số đó với 1,25 .

III.- BỆNH LÝ BỎNG :

A/ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG .

1/ Bỏng độ I .

. Da tấy đỏ, bệnh nhân cảm thấy bỏng rát ; Đôi khi có nề nhẹ dưới da . Thí dụ, do nắng mặt trời, nước sôi 60 - 70° .

2/ Bỏng độ II nông .

Có một phần , diện chân ở gốt phỏng căng vàng sau vỡ, ngày đổi màu đục, có phỏng nổ có lớp chân dưới da . Sau 2 tuần mọc da non. Bỏng rất đau dữ khó. -

3/ Bỏng độ II sâu :

Có một phần lớn, đáy nốt phỏng trắng hồng cho gọi xuất huyết - Sau 4 tuần mới tiến triển mọc da non . Đa nhiều không phải vá da có tự liền .

4/ Bỏng độ III :

Diện bỏng màu trắng hoặc nâu, khô, cứng, mất cảm giác đau.- (có thể dùng kim chọc thử). Hoại tử da rất dễ nhiễm trùng nhiều, đặc, có phù nề lớn ở các mô xung quanh .

Thường hoại tử rụng ngày thứ 14 - 21 dưới có tổ chức hạt mọc, dễ tự khỏi rút lên hay gây sẹo xấu, co quắp . Phải vá da .

5/ Bỏng độ IV .

Bỏng sâu lan tới [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] mạch máu, xương, [illegible] có [illegible], [illegible] than hóa [illegible] [illegible], [illegible] thứ cụt bỏ, liệt, vĩnh viễn phải vá da .

B/ TAI BIẾN CHUNG TOÀN THÂN :

Thường thấy ở trẻ em khi diện tích > 5% và ở người lớn > 10% cơ thể phụ thuộc theo độ bỏng sâu và vết gây bỏng.

1/ Choáng tiên phát : từ khi bị bỏng đến giờ thứ 2 .

a) Nguyên nhân : Do kích thích đau dẫn của cơ, và hồi hốt hoảng .

b) Biểu hiện :

- Thời hưng phấn : Bệnh nhân đỏ mặt, hoa lạ, vật và nhiệt thân > 38° huyết áp tối đa > 100, mạch nhanh rõ.

- Thời ức chế .

Bệnh nhân thờ ơ, hỏi không nói, kêu rên ít đau. Đồng tử dãn, da lạnh, thở nhanh nông, vã mồ hôi . Huyết áp tối đa < 100 , nhiệt thân < 36° , mạch nhanh nông .

2/ Choáng thứ phát : từ giờ thứ 2 đến giờ thứ 48.

a) Nguyên nhân : Do mất dịch , [illegible] [illegible], [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible], [illegible] [illegible] giảm độ máu cô .

b) Biểu hiện về máu :

a Máu cô : Hồng cầu tăng > 5.000.000 , hoặc 2 - 7 viên trong 1 ly khối .

Huyết sắc tố tăng > 90% - 120%, Hematocrite > 45% - 50 - 60%, bạch cầu tăng.

β Thành phần trong máu.

- Urê huyết từ bình thường 0gr 30 - 0gr 40 tăng 0gr 50 - 1gr 50.

- Dự trữ kiềm hạ : dự trữ kiềm bình thường từ 53cc - 77cc ở trong 100cc huyết tương nay hạ xuống 50 - 40 cc.

γ Rối loạn điện giải :

[illegible] tăng đường huyết, thiếu [illegible]

c) Biểu hiện lâm sàng : Khát nước [illegible] [illegible] huyết áp hạ. Nhiệt thân hạ, mạch nhanh yếu.

3/ Giai đoạn [illegible] (thường xuất hiện [illegible] từ giờ thứ 12 tới ngày thứ 3 - 5 - 6 [illegible].

a) Nguyên nhân : [illegible] chức, độc tố [illegible]

b) Biểu hiện : Sốt cao liên tục 39 - 40° [illegible]

- [illegible] sáng có đợt, huyết áp [illegible].

- Mạch yếu nhanh, nước tiểu ít có khi đái ra máu, Albumin.

4/ Giai đoạn nhiễm độc nhiễm trùng huyết : (thường xuất hiện sau từ ngày thứ 3 trở đi).

- Nếu điều trị kịp thời bớt thể [illegible].

a) Nguyên nhân : do vết bỏng bị ô nhiễm [illegible] chăm sóc vệ sinh [illegible] ở da người ta, thường [illegible] bỏ đau cau trùng sinh bệnh [illegible].

b) Biểu hiện : [illegible] có thể [illegible] có nhiều mủ.

- [illegible] và ở bỏng [illegible].

c) Các biến chứng [illegible] :

- Toàn thân : [illegible] nhiễm độc nhiễm trùng [illegible].

- [illegible], bệnh về não .
- [illegible] toàn thân
- [illegible] nặng hơn, [illegible] , loét dạ dày ruột .
- Viêm phổi, viêm thận, nhồi huyết .

* Tại chỗ : Sẹo lồi, loét lâu liền, co quắp .

IV.- ĐIỀU TRỊ BỎNG :

- Là một điều trị toàn bộ và toàn diện , thường qua 3 giai đoạn điều trị .

+ Điều trị cấp cứu ngay sau bị bỏng .
+ Điều trị kỳ đầu
+ Điều trị phục hồi [illegible]

A/ ĐIỀU TRỊ CẤP CỨU NGAY SAU BỊ BỎNG :

1/ Thủ tiêu nguyên nhân gây bỏng thì dập tắt lửa, cho ở người bệnh nhân, bỏng do hóa chất phải rửa nhiều trung hòa, bỏng do nước sôi phải cởi quần áo ngâm nước lạnh.

2/ Không gây nhiễm bẩn thêm cho bệnh nhân, lúc cởi bỏ quần áo cho nạn nhân, vết bỏng thì cắt bằng kéo không bóc ra, gây đau .

12

3/ Băng kín vô trùng hoặc bằng gạc, không có băng thì dùng khăn mặt loại sạch gói lại .

- Không dùng các thứ thuốc bột, mỡ, các thứ lá chưa rõ tác dụng và bôi đắp cho bệnh nhân .

4/ [illegible] để bệnh nhân được yên tĩnh, nằm ấm , cho uống nước chè đường nóng hoặc nước chanh đường để chống choáng .

5/ Tiêm Morphine 0,01 hoặc Promedol 0,025 nếu cần thiết .

6/ Đắp kín cho bệnh nhân, chuyển bệnh nhân tới bệnh viện. Trường hợp nhẹ có thể để ở [illegible] cho điều trị ngoại trú .

B/ ĐIỀU TRỊ TOÀN THÂN [illegible] :

1/ Chống choáng :

- Với bỏng nặng, phải chú ý chống choáng trước khi [illegible] .

a) Giảm đau : Tiêm Morphine 0,01 1 ống hoặc Promedol 0,025 1 ống nếu cần thiết . Nếu bệnh nhân đau nhiều có thể tiêm Morphine 0,01 lúc tĩnh mạch chậm .

- Có thể dùng Morphine 0,01 kết hợp với Atropine 1/4 mgr 1 ống dưới da .

- Novocaine 0,5 tiêm tĩnh mạch 10 - 20^{cc} .

b) Phong bế :

- Phong bế cạnh thận Novocaine 0,25% 60 -80^{cc} mỗi bên, trẻ con trên 7 tuổi mỗi bên 30 - 40cc .

Phong bế quanh chi : Novocaine 0,25% tiêm dưới da một vòng quanh chi bị bỏng 50^{cc} - Nếu ở chi dưới tiêm vào cơ tứ đầu đùi tiêm sâu tới xương 50cc ở cánh tay thì tiêm vào cơ nhị đầu.

c) Truyền huyết tương và các dịch thể, máu . Là một công tác cấp cứu rất quan trọng chống mất nước, phục hồi các chất cân bằng điện giải, giải độc cho cơ thể

α Truyền huyết tương hoặc các chất thay thế: dextran, subtosen).

13

Huyết tương chống máu cô hiệu quả nhất .

Bình thường 1 ly máu có 4500.000 , hồng cầu cứ tăng 100.000 hồng cầu thì tiêm 100cc huyết tương .

- Tỷ lệ huyết sắc tố là 100% nếu tăng trên 100% thì cứ 1% cho tiêm 50cc .

- Dựa trên Hematocrite nếu tăng trên 45% thì cho truyền huyết tương .

Nếu không có hoá nghiệm thì bỏng bậc III cứ 1% diện dịch tiêm 50cc huyết tương bỏng bậc II 1% diện tích cho tiêm 25cc huyết tương (khi bỏng >10%).

+ Phương pháp truyền :

+ Phải bộc lộ tĩnh mạch, bỏng nặng lúc đầu truyền nhanh 40 giọt - 60 giọt / phút sau đó truyền chậm 12-16 giọt phút .

- Trường hợp bỏng toàn thân, có thể truyền vào tủy xương gót hoặc xương chày .

+ Truyền dịch thể thay huyết tương : dextran, subtosen .

- Trường hợp không có huyết tương nên dùng dextran subtosem với liều lượng như trên .

β Truyền các dịch thể khác :

- Thanh huyết ngọt ưu trương 30% 100 - 200cc để tránh đường huyết cao cho pha vào 5 - 10 đơn vị Insuline.

- Huyết thanh ngọt đẳng trương 50‰ 1-2 lit tùy theo diện bỏng .

Huyết thanh mặn đẳng trương từ 0^{l},500 tới 1 lít.

Huyết thanh kiềm (serum bicarbonate ,1,4%) 100 - 200cc.

- Nếu có điều kiện [illegible] trong ngày.

Tổng số dịch truyền cho mỗi trường hợp nặng có thể từ 3-5 lít trong ngày theo Evans [illegible] không quá 10 lít.

γ Uống :

Nếu bệnh nhân còn uống được phải cho uống không giới hạn cho uống Sau lactoses hoặc lactate de Na 20% - 3-4 lít ngày.

- Thường truyền dịch từ 2 - 3 hôm đầu còn thì thay thế bằng cách cho uống khi bệnh nhân uống được.

δ Truyền máu : Trong choáng nếu có huyết tương thì truyền không có thì truyền máu là tốt hơn cả, hay có máu cô - Truyền từ 200cc đến 500cc trong ngày có khi truyền tới 0^{l},500.

d) Ngạt thở : cho 1 ống thông mũi, trường hợp có phù nề khí quản hay đờm rãi [illegible] khó thở cho mở khí quản.

c) Trợ tim mạch : cho tiêm Coramine, Caféine, Coramine cách 3 - 4 giờ tiêm 1 lần.

Cho các sinh tố : B, C, mỗi ngày 8 - 12 ống tĩnh mạch.

- Tiêm chlorure calcium 10cc dung dịch 10% vào tĩnh mạch.

2/ Chống nhiễm độc và nhiễm trùng.

a) Chống nhiễm độc :

- Làm tổ chức hoại tử ở vết bỏng chóng rụng - bằng băng đắp ở bỏng độ 3 - 4.
- Chống ứ đọng, khử độc thông bằng điện giải.

Cụ thể : truyền máu liều nhỏ 100 - 150cc tuần 2 - 3 lần.

- Tiêm các thanh huyết ngọt, mặn, kiềm.
- Tiêm các sinh tố B_1, C.
- Cho các thuốc trợ tim.

b) Chống nhiễm trùng :

- Cho kháng sinh ngay sau khi bị bỏng.
- Nên dùng phối hợp các kháng sinh : Penicilline 1.000.000 đơn vị + Streptomycine 1gr trong 5 - 7 hôm đầu sau đó đổi thuốc cho uống Terramycine 1gr hoặc, Auréomycine 1gr, thay đổi cho vi trùng khỏi quen thuốc.

3/ Chong thieu mau suy nhuoc ;

- Truyen mau lieu nho - 100cc tuan 1 - 2 lan

- Che do an : cho an nhieu thit , 200grs thit 1 ngay cho an nhieu hoa qua tuoi , an cac sinh to A , B,C D.

- Cho an sua, trung ga, cac chat bo .

- Khong an duoc co the cho 1 song vao da day ma bom vao .

C/ DIEU TRI TAI CHO :

1/ Cach rua vet bong :

a) Tiem Morphine 0,01 hoac Promedol 0,025 , truoc khi rua vet bong 1/2 gio , bong nang co the gay me, hoac gay te tai cho .

b) Rua xung quanh vet bong va vung phai cuon bang bang nuoc muoi sinh ly (neu ban thi rua bang xa phong truoc).

c) Tam gac Novocaine 0,50% len vet bong sau do dung bong cau tam thanh huyet man , rua nhe nhang .

d) Lay bo cac to chuc rap nat hoac di vat di, cac not phong da nguyen khong pha vo, day not phong lon qua cho choc hut va bom dung dich Penicilline vao.

e) Tham kho vet bong bang bong can co thanh huyet man .

2/ Phuong phap bang kin :

Ap dung rong rai nhat la trong thoi chien .

a) Bang bang dau Vichnevsky :

Cong thuc	Huile de cade	3g
	Xeroforme	3g
	Huile de Ricin	100g .

- Tham dau vao gac thua khu trung trong lo hap hoi nuoc.Dat gac dau Vichnevsky dap len vet bong ngoai cuon gac va bang hoi chat , de lau 12 - 14 ngay .

- Dung trong bong bac I va II , va bong bac III va IV khi to chuc hoai tu da rung :

b) Bang mo dau ca thu, mo penicilline 5% hoac Syntomycine 5% .

- Dung trong bong bac II, va bac III, IV da rung hoai tu .

3/ Bang ướt :
Băng bằng gạc ướt tẩm các dung dịch như : Eau boriquee 3%, Rivanol 1%o, chloramine 1%o.

Đặt ống cao xu có khoét lỗ rồi đặt gạc băng lại cứ 2-3 giờ 1 lần bơm dịch nước vào.

- Áp dụng trong bỏng do kiềm toan hoặc bỏng bậc VI, IV chưa rụng hoại tử, làm rụng hoại tử nhanh.

4/ Băng hở :
Dùng tanin rắc lên vết bỏng hiện nay không dùng.

- Thường dùng hiện nay là Sous-gallate de Bismuth rắc lên vết bỏng ở mặt hay vùng khó nói cho băng.

5/ Bỏng do kiềm toan :

- Cởi ngay quần áo bị thấm nước
- Trung hòa vết bỏng.

& Bỏng kiềm : Rửa bằng acid citric 2% hoặc Eau boriquee 3%.

& Bỏng toan : Rửa bằng Eau bicarbonatee 5%.
Trong 24 giờ đầu băng vết liên tục, rồi lại băng như bỏng thường.

V.- DAC DIEM BONG DO NA - PAN VA NGUYEN TU.

1/ Na-pan là gì ?
- Là chất cháy dùng dưới hình thức bom, đạn cháy súng phun lửa - Chất cháy này là dầu lửa có đặc chọn lẫn với các muối Aluminium, muối acid oleique ....

- Napan tự nó không cháy, mà phải mồi lửa bằng bột Magnesium, hay phosphore.

- Khi cháy nhiệt độ cao 800 - 1000°C.

2/ Đặc điểm lâm sàng do bỏng Napan.

a) Bỏng phần nhiều ở chỗ hở của cơ thể : Đầu, mặt, bàn tay ....

b) Bỏng thường xấu, da gỗ là độ III và IV, và diện rộng, do cháy vào quần áo.

c) Bỏng có những biến chứng sớm như:

- Mất tri giác : Do đau đớn, do mất tinh thần.

NGOAI 3. Bong trong chien tranh.

- Choang : Ty le choang cao va nang, thuong choang kem theo mat tri giac.
- Ngat : Ngay sau khi bi bong hay co hien tuong thieu duong khi do ne hau.
- Nhiem doc cap. Trong bong rong di toi roi loan tam than noi lam nham, thoi gian nay co khi keo dai hang tuan.

d) Cac bien chung ban cap va muon thuong gap :

- Nhiem trung huyet phe viem, nhiem trung yem khi, uon van, seo mat, chay mau duong tieu hoa.
- Seo dum seo loi, loet, hien tuong thoai hoa suy nhuoc cac noi tang.

e) Tai vet bong :

- Da mat cam giac, not phong chua dich mau mau - Nc lon dau nhieu.

B/ BONG DO NGUYEN TU (vu khi hat nhan).

Chia lam 2 loai : Bong do buc xa va bong ket hop voi nhiem xa.

1/ Bong do buc xa.

- Noi bom no nhiet do cao den 30 van do, theo do xa cach trung tam no chia do bong nhu sau :

Cach	1000^m	chay thanh than va do IV.
	$1000 - 1500^m$	Bong do III IV.
	$1500^m - 2500^m$	Bong bac II va III
	$2500^m - 4000^m$	Bong do II va I.

2/ Dac diem bong do buc xa :

a) Bong ve mot mat, phia co the nhin ve trung tam no.

b) Bong theo mau quan ao mau trang bong nhe, den, bong nang (kinh nghiem o Nhat ban phu nu mac ao hoa mau vet bong cung in hinh hoa o nguoi.

c) Bieu hien lam sang cua 4 giai doan :

Giai doan I : kin chua co bieu hien tren mat da, lau vai gio den 2 - 3 tuan. Trong co the co ton thuong thanh mach, roi loan chuc nang dieu hoa than kinh.

Giai đoạn 2 : Nội bị bỏng phù nề xuất huyết nhỏ kèm theo ngứa, tử mầu màu xám hay tím.

Giai đoạn 3 - 4: Có nốt phỏng và hoại tử - Các nốt phỏng nhỏ nối với nhau thành nốt phỏng lớn, phù nề, cũng như gỗ rất đau đớn.

- Bỏng nhẹ đau 2 tuần tự khỏi, nặng hoại tử rụng và gây loét lâu liền.

3/ Bỏng kết hợp với nhiễm xạ :

- Thường xảy ra trong bán kính 1^{km} 500, cách trung tâm bom nổ.
- Bỏng hay có choáng, kèm theo chảy máu dễ nhiễm trùng.
- Vết bỏng chậm liền, dễ chảy máu da mọc kém
- Nếu bỏng chưa khỏi đã phát triển bệnh phóng xạ, bỏng lâu khỏi tiến triển xấu ảnh hưởng bệnh phóng xạ.
- Thường gây sẹo lồi, loét, sau này hay trở thành u ác tính.

VI. - DỰ PHÒNG VÀ CẤP CỨU TẠI CÁC TUYẾN.

(Chỉ nói về bỏng thường, bỏng lửa, không nói bỏng nguyên tử).

A/ TẠI HỎA TUYẾN (tuyến C).

1/ Dập tắt lửa : dùng chăn, vải bạt, áo mưa chụp kín người - quần áo đang cháy do âm ỉ phải dập hết, cho quần áo dính vào vết bỏng không bóc ra.

2/ Băng kín vô trùng không phá vỡ nốt phỏng.

3/ Uống viên Morphine, hay dùng dịch chống choáng để thương binh tại nơi kín gió :

4/ Nếu bỏng kèm gãy xương cố định lại.

- Với bỏng Na - pan :

+ Dập tắt Na - pan đang cháy, băng chăn, bạt ướt, chùm kín vết cháy không được quyệt cho nó ra chỗ khác, có thể dùng cát, đất vụn.

+ Bỏng có chất lân có điều kiện cho băng, nốt tẩm bằng dung dịch sulfate đồng 5% (tẩy đến khi thấy vết bỏng không còn phát sáng khi để ở chỗ tối).

B/ TẠI TUYẾN QUÂN Y D.

+ Quần áo thương binh không cởi thay.

+ Tiệm Morphine 0,01 hoặc Promedol 0,025 dưới da
+ Kiểm tra băng bó
+ Uống nước chè nóng, ủ kín chống rét nếu mùa rét
+ Không rửa vết bỏng, cho tiêm kháng sinh nếu có

C/ TẠI TUYẾN E . Chia bỏng làm 3 loại Nặng, vừa, nhẹ .

1/ Loại nhẹ gồm :

+ Bỏng độ III diện hẹp có thể xử trí khâu mép vết bỏng trừ ở mặt .
+ Bỏng độ II diện tích < 10% và độ I < 40% .

2/ Loại bỏng vừa gồm :

+ Bỏng độ II và III diện tích từ 11 - 20%
+ Bỏng độ I < 50% kèm theo cơ thể mệt mỏi .

3/ Bỏng nặng gồm :

+ Bỏng độ II, III và IV diện tích > 20%
+ Bỏng độ I diện tích > 50%

- Xử trí bỏng nhẹ :

+ Tiêm penicilline dự phòng, tiêm huyết thanh chống uốn ván nếu có chỉ định, bổ xung băng bó, làm thương fiếu rồi gửi về bệnh viện khinh thương nếu tự đi lại được .

- Xử trí bỏng vừa .

+ Tiệm kháng sinh, huyết thanh chống uốn ván
+ Giảm đau Morphine 0,01 dưới da
+ Bổ xung băng bó đưa về hậu tổng.
+ Bỏng mắt : giỏ Penicilline hoặc Aureomycine chuyển về chuyên khoa mắt .

Xử trí bỏng nặng :

+ Tiêm Morphine hoặc Promedol
+ Trợ tim mạch : cho uống nước nóng đường ủ ấm
+ Cho kháng sinh, S.A.T. thở xoy .

- Bỏng có choáng ;

+ Để vào tổ thủ thuật thay băng .
+ Cho chống choáng bước đầu : truyền huyết tương, dextran cho thanh huyết mặn, ngọt .
+ Cho trợ tim : cafeine, camphre .
+ Phong bế Novocaine .
+ Ghi thương phiếu, diện bỏng .
+ Chuyển vận .

D/ TẠI TUYẾN F.

- Phân loại như tuyến e;

1/ Đối với nhẹ :

Kiểm tra lại, ga chỉ định cho tiêm kháng sinh, huyết thanh chống uốn ván nếu tuyến trước chưa làm

- Chuyển về bệnh viện khinh thương.

2/ Với bỏng vừa :

+ Tiêm kháng sinh, giảm đau
+ Bổ xung băng bó nếu cần
+ Uống nước nóng
+ Chuyển tuyến sau bệnh viện bỏng

3/ Với bỏng nặng, có choáng :

+ Điều trị chống choáng triệt để.
+ Có nghẹt thở : mở khí quản.
+ Phong bế, giảm đau : Morphine, Promedol
+ Truyền huyết tương dextran.
+ Thở oxy, uống nước chè nóng
+ Ghi chép diễn biến chuyển về bệnh viện bỏng (trừ thương binh nặng, còn choáng hay hấp hối.

+ Xử trí Ngoại khoa (thay băng) chỉ làm khi thực cần thiết.

E/ VÀI NÉT VỀ ĐIỀU TRỊ BỎNG NGUYÊN TỬ.

1/ Các tuyến c,d,e, chỉ làm cấp cứu.

+ Chống choáng : Morphine cafeine
+ Có gãy xương, băng cố định.
+ Kháng sinh, huyết thanh chống uốn ván

2/ Quân y f :

+ Chỉ xử trí cấp cứu.
+ Chống choáng, kháng sinh mạnh
+ Tiêm Dimercol 0,05 bắp thịt
+ Có phóng xạ phải tẩy xạ
+ Chuyển về bệnh viện chuyên khoa.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

THƯƠNG TÍCH HỆ TIẾT NIỆU

I.- ĐẶC ĐIỂM.

1/ Thương tích hệ tiết niệu thường kèm theo với thương tích nội tạng bụng, ngực, vùng chậu và gãy xương chi dưới.

2/ Dễ chảy máu nhiều

3/ Dễ gây choáng (80% số trường hợp).

4/ Có nước tiểu chảy ra tổ chức lân cận gây nhiễm trùng, mưng mủ từng vùng do nước tiểu.

II.- VẾT THƯƠNG THẬN.

A/ TRIỆU CHỨNG.

1/ Đái ra máu 80 - 90% tùy mức độ. 10 - 20% không đái ra máu do vết thương nhẹ hoặc [illegible]

2/ Khối máu tụ quanh thận, [illegible].

3/ Đau.

4/ Toàn thân: có hội chứng chảy máu trong.

5/ Khi có tổn thương phối hợp ở bụng có thể thấy triệu chứng phúc mạc viêm, hoặc có thể vết thương thấu ngực có triệu chứng của vết thương ngực. Chẩn đoán dựa vào triệu chứng kể trên nhất là triệu chứng đái ra máu, vị trí và đường đi của vết thương.

B/ ĐIỀU TRỊ.

1/ Vết thương thận đơn độc:

- Điều trị bảo tồn khi có đái ra máu ít
- Mổ cấp cứu nếu có triệu chứng chảy máu trong đang phát triển.
- [illegible] mổ khi đái ra máu đại lượng, khi có mưng mủ, khối máu tụ quanh thận.

2/ Vết thương phối hợp với bụng ngực.

Chỉ định mổ xử trí vết thương bụng ngực trước, sau đó kiểm tra vết thương thận.

III.- VẾT THƯƠNG NIỆU QUẢN.

Do vị trí gần cột sống, mạch máu thần kinh lớn nên thường bị phối hợp do đó tỷ lệ chết cao.

A/ TRIỆU CHỨNG

1/ Đái ra máu : Ít hơn là ở thương tích thận .

2/ Thấm nhiễm nước tiểu : nếu thương tổn phần trên thì thấm nhiễm nước tiểu vào phúc mạc, nên thương tổn ở phần dưới gây thấm nhiễm nước tiểu ở hố chậu và có thể thành nung mủ nước tiểu dễ nhầm với thương tổn bàng quang .

B/ DIỀU TRỊ .-

1/ Nếu có thương tổn phối hợp, trước hết điều trị vết thương của nội tạng bụng ngực trước rồi sử trí vết thương niệu quản .

2/ Xử trí thương tổn niệu quản

- Vết thương không hoàn toàn : dẫn lưu
- Đứt hoàn toàn : khâu nối và dẫn lưu .

IV.- VẾT THƯƠNG BÀNG QUANG

Có thể bị riêng hoặc phối hợp với gẫy xương hoặc thương tích nội tạng bên cạnh .

Có thể bị ở ngoài phúc mạc hoặc trong phúc mạc /

A/ TRIỆU CHỨNG .

1/ Đau dữ dội vùng hạ vị .

2/ Mót đái mà không đái ra một chút nước tiểu máu máu .

3/ Khám :

- U phồng bàng quang trên xương mu, Bụng đau, có thể có co cứng đề kháng trên xương mu .
- Nước tiểu qua lỗ vết thương .
- Thông bàng quang thì không có nước tiểu hay chỉ có ít nước máu
- Nếu có thương tổn kèm theo cả trực tràng thì có lẫn lẫn nước tiểu
- Toàn thân kém, có thể có choáng .
- Nếu vết thương trong ổ phúc mạc, thì phúc mạc bị thấm nhiễm nước tiểu dẫn tới phúc mạc viêm . Chẩn đoán ! Dựa trên 4 triệu chứng căn bản .

a) Chảy nước tiểu ra vết thương .

b) Bí đái .

c) Đái ra máu

d) Đái đau, mót đái luôn .

B/ DIỀU TRỊ ;

Phải mổ ngay dẫn lưu nước tiểu, tùy tình hình có thể cần phối hợp hay không mà sửa trị thương [illegible] thương bàng quang và dẫn lưu.

V.- VẾT THƯƠNG NIỆU ĐẠO

A/ TRIỆU CHỨNG

1/ Bí đái do co [illegible] do thần, do đau, do niệu đạo bị [illegible]

2/ Có cầu phồng bàng quang

3/ Chảy máu ra ngoài lỗ, máu ngừng chảy [illegible] có máu cục hoặc [illegible] ở [illegible] lỗ [illegible]

4/ Nếu thương [illegible] tiểu chảy ra [illegible] tiểu

5/ Toàn thân : có [illegible] nhiễm độc

B/ ĐIỀU TRỊ.

1/ Không được thông bàng quang

2/ Mổ bàng quang dẫn lưu nước tiểu, [illegible] niệu đạo để cho tuyến [illegible] chuyển [illegible]

VI.- ĐIỀU TRỊ THEO TUYẾN VẾT THƯƠNG TIẾT NIỆU

Tuyến c và d

+ Băng bó cầm máu

+ Chuyển [illegible]

Tuyến e.

- Truyền [illegible] bàng quang [illegible] vết thương niệu đạo

Chuyển [illegible]

Tuyến f.

Mổ các trường hợp sau

- Vết thương thận chảy máu lớn.

+ Vết thương bàng quang có tràn nước tiểu

+ Vết thương bàng quang [illegible] có [illegible]

Mổ bàng quang [illegible] trong vết thương niệu đạo

Các trường hợp khác [illegible] chuyển [illegible] tiếp [illegible]

[illegible]



Hong A6.   Ngày 3. 10 Năm 1965

275

HOI I . Bệnh loét dạ dày tá tràng . [illegible]

4

[illegible] LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Loét dạ dày, tá tràng là một bệnh [illegible] do [illegible] là bệnh loét dạ dày tá tràng - và là một bệnh [illegible] trong thời bình và thời chiến .

a. Nguyên nhân gây bệnh : [illegible] nguyên nhân [illegible] gà :

- Làm việc trí óc quá mệt mỏi .
- [illegible] tinh thần, [illegible] lâu, buồn phiền .
- Làm [illegible] quá mức,
- Ăn [illegible] nhiều, uống rượu, hút thuốc lá nhiều .
- Ăn uống thất thường, [illegible]
- [illegible] : [illegible] thời chiến v.v....

b. Cơ chế sinh bệnh : Có nhiều thuyết . Nhưng [illegible] ngày nay được [illegible] là thuyết [illegible] của Bú-Côp và Cuoc - Tin: Do yếu tố ngoại cảnh hoặc yếu tố bên trong cơ thể, võ não bị [illegible] kích thích mạnh hoặc lâu dài, do đó không kiểm soát được những trung khu dưới vỏ và [illegible] trung khu dưới võ thần vào đó là ăn uống, thiếu thốn hoặc ăn [illegible] nhiều, hoặc hút thuốc nhiều v.v... [illegible] làm co thắt cơ trơn [illegible] vùng dạ dày bị [illegible] để bị [illegible] tiêu [illegible] và gây loét . [illegible] loét dạ dày [illegible] dung [illegible] lên vỏ não, làm cho vỏ não bị kích thích thêm, [illegible] trở lại ảnh hưởng đến dạ dày [illegible]

c. Triệu chứng lâm sàng : Đau thượng vị [illegible] theo mùa, mỗi đợt đau [illegible] chu kỳ đau, bệnh nhân không đau .

- Đau có điểm [illegible] những ca điển hình, loét [illegible] đau trong khi ăn. hoặc [illegible] khi ăn, loét bờ cong nhỏ dạ dày đau sau khi ăn nửa giờ hoặc 1 giờ hoặc 2 giờ, loét tá tràng [illegible] sau khi ăn 4 giờ hoặc 5 giờ. 6 giờ, hoặc có khi [illegible]

Trong loét tá tràng [illegible] sau lúc đói ăn vào [illegible] đau .

- Đau của bệnh loét dạ dày tá tràng [illegible] à hoặc quặn hoặc như [illegible] bỏng, [illegible] ...

- Đau ở vùng thượng vị, [illegible] lên [illegible] hoặc [illegible]

- Triệu chứng khác : ợ chua, [illegible] hoặc nôn mửa, [illegible] v.v....

- Dịch vị : Thường dịch vị và toan [illegible] tăng, có khi dịch vị và toan độ bình thường. Ít khi toan độ [illegible] vô toan, thiểu toan hoặc vô toan thấy trong loét [illegible] [illegible] hoặc loét đã chuyển thành ung thư .

- Tiến triển : Bệnh loét dạ dày tá tràng [illegible] [illegible] dạ dày, [illegible] đau không [illegible] ky rõ rệt, có khi [illegible] dạ[illegible] ngày v.v....

- Nếu điều trị hợp lý, loét nói có thể lành [illegible], nhưn, nếu [illegible] điều trị cũng có tốt, loét mới [illegible] [illegible] .

Biến chứng :

1- Chảy máu ! nôn ra máu hoặc đi ngoài ra máu đen .

2- Thủng dạ dày

3- [illegible] môn vị

4- [illegible] thư hóa .

Chẩn đoán :

- [illegible] :

1- Tính chất đau : có chu kỳ, ở vùng thượng vị và liên quan đến bữa ăn :

2- Toan độ dịch vị .

3- X quang dạ dày tá tràng .

- Chẩn đoán phân biệt với :

+ Rối loạn tiêu hóa. Đau không [illegible] chu kỳ, X quang dạ dày bình thường .

+ Ung thư dạ dày : thường [illegible] tuổi, gầy sút nhanh, toan [illegible] dịch vị [illegible] nhiều, có thể thấy [illegible] v.v....

Đề phòng : Chống ăn uống [illegible] điều độ, tránh rượu, gia vị cay, thuốc lá v.v....

- Làm việc tránh mệt mỏi quá độ .

- Phát hiện sớm bệnh, điều trị các ổ nhiễm trùng trong cơ thể - [illegible] cho cơ thể khỏe mạnh .

Điều trị : Điều trị phải toàn diện và cụ thể, có lâu [illegible] hết đau chưa phải là đã lành .

1- Tâm lý liệu pháp :

2- Chế độ sinh hoạt : tránh quá [illegible] lao động, trơn, giải trí v.v.

3- Chế độ ăn uống : tránh thức ăn kích thích: [illegible] gia vị, rượu, thuốc lá, [illegible], [illegible] ăn nóng quá, lạnh quá .

- Ăn nhai kỹ và nên chia làm nhiều bữa .
- Nên cho ăn thức ăn có nhiều sinh tố : nước cam, cà chua v.v...

4- Thuốc : Áp dụng tùy thể trạng từng bệnh nhân .

a) Điều trị ổ loét :

- Bảo vệ niêm mạc dạ dày tá tràng, băng bó ổ loét : uống Sous - nitrate de Bismuth hoặc Carbonate de Bismuth gói 1 gr uống trước bữa ăn 30 phút x 3 lần rồi ngày .

- Nếu toan độ dịch vị tăng : cho muối kiềm, tỉ dụ dung dịch Bucc-Gie: uống 100gr trước khi ăn 1 giờ và 100gr hoặc 200gr uống sau khi ăn 2 giờ, uống như thế 3 lần mỗi ngày .

- Nếu toan độ dịch vị giảm : cho uống Bicarbonate de soude gói 0g50 trước bữa ăn 15 phút x 3 lần mỗi ngày và không hòa tan bột vào nước để uống hoặc :

Cho uống trong bữa ăn dung dịch :

HCl 10% V giọt Pepsine 0,10 nước 100cc x 3 lần mỗi ngày.

b) Bình thường hóa chức phận thần kinh: Tỉ dụ: chống đau : Tiêm Sulfate atropine ống 1/4mgr, tiêm 1 hoặc 2 ống dưới da hoặc tĩnh mạch , hoặc Bromatropine ống 1/4 mgr tiêm tĩnh mạch ; hoặc Novocaine 0,25% tiêm 5 hoặc 10cc tĩnh mạch chậm .

c) Tăng sức đề kháng của cơ thể : Filatov 1 ống 0,20 tiêm dưới da hoặc Vitamine B1 ống 0,025 : tiêm 1 hoặc 2 ống, bắp thịt hoặc Histidine 4% tiêm 5cc bắp thịt .

5- Lý liệu pháp : Chườm nóng vùng thượng vị khi đau

- Ion hóa bằng novocaine v.v....

\+

\+ \+

VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH
=0=0=0=0=0=0=0=0=

A- Nguyên nhân thường gặp .

- Viêm dạ dày cấp không điều trị kịp thời
- Ăn uống không được điều trọng một thời gian dài như ăn nhanh, nhai không kỹ, hong răng hoặc mất răng . Ăn thức ăn rắn, ăn cay nhiều, chua nhiều, rượu, thuốc lá, thuốc lào, nước chè đặc, cà phê. Ăn không đủ chất đạm động vật, Không đủ sinh tố .

NỘI I. Bệnh loét dạ dày tá tràng.

- Thuốc men: dùng ít nhiều, liên tục kéo dài như salicylate de soude, atophan v.v....

- Nhiễm trùng: + Tụ cầu trùng, liên cầu trùng.
+ Chảy mủ chân răng.
+ Viêm amidan v.v...

& Cơ chế sinh bệnh: Giống bệnh loét dạ dày tá tràng.

& Triệu chứng:
- Cảm giác đè ép, nặng bụng, đầy bụng ở vùng thượng vị. Đau cả vùng thượng vị, đau trội khi ăn hoặc ấn vào thượng vị. – Thường sau khi ăn, đau thường nóng rát, đau không có chu kỳ – Thường ăn kém ngon, ợ chua hoặc ợ hơi – Buồn nôn hoặc nôn.

- Trong viêm dạ dày phì, niêm mạc có phù nề, nếp rạn to, ngoằn ngoèo, về lâm sàng, biểu hiện thường lưỡi bự, đau có khi nhiều và có nhịp điệu như loét, ợ chua, có khi nôn sau khi ăn – Toàn độ dịch vị tăng.

- Trong viêm dạ dày teo, niêm mạc có nhăn, nếp rạn nhỏ hoặc mất, về lâm sàng, biểu hiện lưỡi thường trơn, hay ợ hơi, đầy hơi, ăn kém tiêu, đầy bụng, hay bị tháo dạ, dẫn tới vô toan, buồn nôn, xanh, gầy – toàn độ dịch vị giảm.

& Diễn biến và biến chứng:

- Viêm dạ dày phì có thể có biến chứng.
+ Chảy máu
+ Loét
+ Viêm dạ dày teo.

- Viêm dạ dày teo có thể có biến chứng:
+ Chảy máu
+ Ung thư
+ Thiếu máu ác tính, v.v....

& Chẩn đoán: Dựa vào triệu chứng lâm sàng, toàn độ dịch vị, và X quang.

- Phân biệt viêm dạ dày phì với loét dạ dày, với bệnh sỏi mật, với viêm tụy mạn tính.
- Phân biệt viêm dạ dày teo với ung thư dạ dày v.v....

& Dự phòng: Ăn nhai kỹ, điều độ, tránh chè, cay, cứng, thuốc lá,.

- Bảo đảm chất lượng và vệ sinh trong thức ăn.
- Chú ý vệ sinh răng miệng – Điều trị kịp thời ổ nhiễm trùng: viêm amidan, v.v....

& Điều trị: Điều trị toàn diện.

280

NOI I . Benh loet da day ta trang .

1- Tam ly lieu phap :

2- Ăn uống : (xem ở phần qui phòng, ngoài ra, riêng với việc dạ dầy thiếu toan: có thể cho ăn hải cá .

3- Thuốc men :

a) Bình thường hóa chức phận thần kinh :

Ti dụ : chống đau : tiêm sulfate atropine 1/4 mgr hoặc 1/2 mgr tiêm dưới da hoặc mạch máu .

- Hoặc Novocain 0,25% : 5cc hoặc 10cc tiêm mạch máu chậm .

b) Bình thường hóa toan dịch vị : Ti dụ :

- Trường hợp đa toan : cho muối kiềm, ti dụ dung dịch buocbuic , uống 100gr trước khi ăn 1 giờ và 100gr sau khi ăn 2 giờ, uống như thế 3 lần mỗi ngày.

- Trường hợp thiểu toan: cho trong bữa ăn dung dịch .

HCl 10% V giọt, Pepsine 0,10 Nước 100cc x 3 lần mỗi ngày.

c) Tăng cường sức đề kháng của cơ thể : Thí dụ cho : Vitamine B1 ống 0,025 : tiêm 1 hoặc 2 ống bắp thịt v.v....

4- Lý liệu pháp :

- Chườm nóng vùng thượng vị khi đau
- Lồng hóa bằng novocaine, v.v...

+

+ +

VIÊM TIỂU ĐẠI TRANG

Viêm tiểu đại tràng là bệnh phổ biến nhưng thường hay gặp cả viêm dạ dầy và viêm tiểu đại tràng, gọi là viêm dạ dày-tiểu đại tràng .

Về lâm sàng chia ra 2 loại: viêm tiểu đại tràng cấp và viêm tiểu đại tràng mạn .

& Nguyên nhân :- Viêm tiểu đại tràng truyền nhiễm thông thường do lỵ trực trùng v.v..

- Viêm tiểu đại tràng do thức ăn bị nhiễm độc truyền nhiễm : d. salmonella v.v....

241

NOI I. Bệnh loạt dạ dày tá tràng.

- Viêm tiểu đại tràng do ăn uống, không truyền nhiễm loại: ăn uống thường khi nhiều khi ít, không giờ giấc, ăn nhiều thức ăn cứng, khó tiêu, thức ăn gây dị ứng (như tôm, cua, cá v.v.....).

- Viêm tiểu đại tràng do nhiễm độc: do kim loại nặng như chì, thủy ngân, đồng (tanh đồng), v.v... hoặc do nấm độc.

- Viêm tiểu đại tràng thứ phát: sau bệnh phế viêm, cúm v.v... - sau nhiễm lạnh toàn thân hoặc sau chấn thương tâm thần.

Triệu chứng lâm sàng:

- Viêm tiểu đại tràng truyền nhiễm:

+ Thời kỳ nung bệnh từ 2 đến 8 ngày.

+. Đi lỏng: 10 - 20 - 30 lần trong một ngày, phân lúc đầu nhiều nước về sau có chất lầy nhầy có máu, cuối cùng lầy nhầy có mủ.

+ Đau bụng, đau dội khắp bụng nhất là vùng đại tràng, đau quặn do sự co bóp và luôn luôn di động.

+ Sốt, sức khỏe sút nhiều. Trạng thái mất nhiều nước - gầy, mắt sâu, lưỡi bẩn.

& Viêm tiểu đại tràng nhiễm độc truyền nhiễm do thức ăn:

- Thời gian nung bệnh 1-2 ngày sau khi ăn.

- Thể nhẹ: co còn rét nhẹ. mệt, khó chịu, buồn nôn, hoặc nôn mửa, lưỡi bẩn, mạch nhanh, sốt.

- Thể nặng: sốt nhiều, đau mình mẩy nhiều, rét mệt, phân lỏng như nước ..ao, nôn nhiều, mạch nhanh và yếu đi đến kiệt sức nhanh chóng.

- Viêm tiểu đại tràng không truyền nhiễm do thức ăn:

+ Đau lưng, từng cơn dữ dội, nặng bụng ở vùng thượng vị, đôi khi nôn, đắng miệng, lưỡi khô và trắng, ăn không ngon, đau vùng quanh rốn và đau quặn - Đi lỏng: 5-6 lần mỗi ngày, có lần thức ăn không tiêu, nhiệt độ bình thường.

- Viêm tiểu đại tràng do nhiễm độc phần lớn là thể nhẹ giống như viêm tiểu đại tràng do thức ăn - thể nặng ít hơn và giống như bệnh trúng độc.

- Viêm tiểu đại tràng thứ phát: triệu chứng là triệu chứng chính của bệnh chính ... như viêm phổi; viêm túi mật v.v... , phải khám toàn diện.

- Biến chứng: những biến chứng quan trọng là: viêm dương mật, áp xe gan v.v....

- Chẩn đoán:

+ Phải hỏi kỹ trường hợp mắc bệnh..

282

- Phải làm xét nghiệm vi trùng và ký sinh trùng.
- Xét nghiệm máu - Cấy phân.
- Xét nghiệm chất nôn.

x <u>Dự phòng :</u> Chủ yếu kiểm tra ăn uống, nhà bếp, nhà kho.

- Diệt trừ ruồi, diệt trừ răng.
- Chống lạnh, chống ruột - chú ý vệ sinh ăn uống, nhất là rửa tay trước khi ăn.

x <u>Điều trị :</u>, Phải điều trị toàn diện.

- Tâm lý liệu pháp - nằm nghỉ - Chườm nóng bụng.
- Ăn uống : Trong hai ngày đầu : ăn lỏng, [illegible] hoặc nước chè [illegible] 5 hoặc 10% đường) và những ngày sau ăn đặc hơn và tiến tới ăn như bình thường.
- Thuốc : Uống 5 - 10gr than thảo mộc để [illegible] tố vi trùng, [illegible] giờ sau uống 30gr dầu thầu dầu [illegible] mật, nửa giờ sau lại uống 5 - 10 gr than thảo mộc. Sau [illegible] cho thuốc kháng sinh như sulfaguanidine: ngày đầu [illegible] từ ngày sau giảm dần : 2 ngày tiếp mỗi ngày 6gr và 2 ngày sau mỗi ngày 4gr.
- Chống viêm ruột : cho uống Carbonate de Calcium 1gr x 3 lần mỗi ngày.
- Chống đi lỏng :
  + Bột [illegible] phiện 0,03,
    Tannin
    Sous - nitrate de Bismuth, như [illegible] nhau 0,50 thành 1 gói x 3 lần mỗi ngày.
- Trợ tim : dầu long não 0,20 tiêm bắp thịt.
- Chống mất nước : tiêm 1-2 lít huyết thanh [illegible] dưới da hoặc tĩnh mạch - Cho tiêm thêm sinh tố B1 0,[illegible] x 2 ống và sinh tố C 0,100 x 2 ống (tiêm bắp hoặc tĩnh mạch).

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

BỆNH BASEDOW

Bệnh Basedow thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn là ở nam giới, trẻ em ít gặp. Thường thấy ở thời kỳ dậy thì, chửa đẻ, tắt kinh là thường hay có bệnh này.

Triệu chứng.

Nói chung, chúng ta thấy 2 bệnh nhân gầy, cổ to, mắt [illegible], [illegible] run, [illegible] hồi hộp.

1. Tim mạch: - Bệnh nhân hay kêu [illegible], hay đánh trống ngực.
 - Mạch cổ đập, [illegible].
 - Mỏm tim đập mạnh.
 - Nhịp tim nhanh: 120 - 140 - 160.
 - Tim có tiếng thổi tâm thu [illegible] ở tiêm [illegible].

2. Bướu cổ: - Thường là nhỏ: [illegible].
 - Dính vào khí quản nên khi ta nuốt thì cũng lên xuống theo khí quản.
 - Sờ: thấy [illegible] mềm, đều, căng, có khi rung, [illegible], thường không có nhân.

3. Mắt lồi: - 2 mắt nhìn sáng long lanh, có khi mắt lồi. Có thể lồi 1 bên mắt, còn bên kia vẫn bình thường: đó là một triệu chứng căn để phát hiện bệnh Basedow
 - 2 mí mắt nhắm không kín hoặc run run, có khi sụp mí mắt.

4. Run: - Run các đầu ngón tay nếu ta cho bệnh nhân giơ tay thẳng trước mặt, xòe tay ra, nhắm mắt.
 - Có trường hợp ta đặt tay lên vai bệnh nhân, cũng thấy bệnh nhân run.

5. Gầy: - Bệnh nhân gầy nhanh mặc dù ăn uống vẫn bình thường.

6. Sốt: - Sốt nhẹ, hay ra mồ hôi.

7. Một số triệu chứng khác:
 - Tính tình dễ thay đổi, vui thất quá, buồn thất quá
 - [illegible] các cơ ở [illegible].
 - [illegible].
 - ...

284

- nhức đầu, khó thở.
- chuyển hoá cơ bản tăng nếu + 20 % mới là chính xác.

Nguyên nhân.

Chưa tìm ra được nguyên nhân cụ thể.

Nguyên nhân thuận lợi: chấn động tinh thần, xúc động.

Chẩn đoán.

a) Chẩn đoán quyết định :

- Hội chứng tim mạch: mạch nhanh, tim có tiếng thổi tâm thu.
- Mắt lồi, sáng long lanh
- Run tay.
- Gầy sút nhanh.
- Bướu cổ thường nhỏ, không nhận.
- Chuyển hoá cơ bản tăng.

b) Chẩn đoán phân biệt (Bướu thường: goître).

- Không có hội chứng tim mạch.
- Không có mắt lồi sáng.
- Không run tay.
- Không gầy sút.
- Bướu cổ thường to hơn bướu Basedow.
- Chuyển hoá cơ bản bình thường.

Điều trị.

a/ Nội khoa :

- Sinh tố B.1 0,025 x 2° tiêm dưới da trong 30 - 40 ngày

- Iode pur	0,02	Làm thành 40 viên, mỗi ngày uống 2 viên, mỗi lần 1 viên. Theo rồi nếu mạch xuống 80 thì khỏi cho uống nữa.
- Iodure K	0,20	
- Luminal	0,40	
- M.T.U.	2,00	
- Extrait de valériane	4,00	

- Ăn chế độ ít thịt, nhiều rau.
- Nghỉ ngơi.

b/ Ngoại khoa :

Nếu Nội khoa không điều trị căn bản được, Ngoại khoa sẽ cắt bỏ toàn phần hay 1 phần tuyến giáp trạng.

--- oOo ---

16-3-1963

BỆNH THIẾU MÁU

I.- Định nghĩa.

Thiếu máu là một trạng thái mà hồng cầu và huyết sắc tố đều giảm ; tính trong một đơn vị thể tích máu, cụ thể là I ly khối máu.

Hằng số bình thường của người Việt-Nam :

- Hồng cầu : 4.227.000
- Huyết sắc tố : 79%

} trong I đơn vị thì tính: ly khối máu

Trong bệnh thiếu máu :

- Hồng cầu hạ xuống dưới 3.500.000
- Huyết sắc tố cũng hạ dưới 70%

Có trường hợp thiếu máu giả tạo như trong viêm thận cấp. Lại có trường hợp thiếu máu thực sự bị che lấp, máu bị cô đặc. Khi nôn mửa hoặc ỉa lỏng, bị mất nước nên máu bị cô lại.

II.- Nguyên nhân.

1. Thiếu máu do mất máu kinh điển: trĩ, sốt rét, run móc.
2. Thiếu máu do mất máu đột biến : - chảy máu dạ dày, tá tràng.
   - vết thương hở.
   - vết thương kín, xuất huyết nhiều.
3. Thiếu máu do thiếu sắt .
4. Thiếu máu do huyết tán.
5. Thiếu máu do thiếu sinh tố B.12 (bệnh Biermer).
6. Thiếu máu do tổn thương tủy sống (thiếu máu toàn bộ do sơ tủy).
7. Thiếu máu do thiếu dưỡng: (thiếu ăn, rối loạn tiêu hoá, vv...)

III.- Triệu chứng lâm sàng.

1- Tiêu hoá : Đầy bụng, đi lỏng, nôn mửa.

2- Tuần hoàn : Đánh trống ngực, tim đập nhanh, mạch nhanh, nhưng nếu thiếu máu mãn tính thì tim đập chậm hoặc bình thường. Da xanh, niêm mạc nhợt nhạt, tiếng thổi tâm thu chức phận. Nếu thiếu máu kéo dài, X quang tim bị dãn, sức bóp yếu, dễ nhầm với bệnh nhân tim.

3- Thần kinh : Ù tai, chóng mặt, hoa mắt, nhức đầu, trí nhớ kém ; nếu thiếu máu nặng, mất trí giác.

4- Các triệu chứng khác :

- Làm việc nhẹ, dễ mệt nhọc, khó thở, mờ mắt.
- ...

- Cơ yếu mệt, không thích cử động, muốn nằm một chỗ.
  Mắt nổ vành môn, lưỡi nhẵn, móng tay, móng chân dễ gẫy, tóc dễ rụng.

IV.- Xét nghiệm máu.

1. Thiếu máu ưu sắc : Hồng cầu to (do thiếu sinh tố B.12 hoặc Acide folique).

- Số lượng hồng cầu hạ rất nhiều : 2 triệu hoặc dưới 2 triệu; có khi tới I triệu hoặc ít hơn nữa.

- Huyết sắc tố cũng hạ, nhưng ít hơn; không tương ứng với mức hạ của hồng cầu, do đó chỉ số bắt màu bao giờ cũng trên I (bình thường chỉ số bắt màu là 0,9 - 1,1). Hồng cầu to hơn bình thường, đường kính 8 - 9 muy, có khi đến 12 muy. Có khi có hồng cầu to nguyên thủy.

2. Thiếu máu nhược sắc : Hồng cầu nhỏ (do thiếu sắt).

- Số lượng hồng cầu cũng hạ nhưng ít (khoảng 3 triệu, ít khi dưới 3 triệu); trái lại huyết sắc tố hạ rất nhiều, quá mức hạ của hồng cầu, do đó chỉ số bắt màu hạ dưới I (khoảng 0,7 - 0,6 - 0,5).

- Hồng cầu nhỏ hơn bình thường.
- Chất sắt trong máu cũng hạ.

3. Thiếu máu đẳng sắc : Hồng cầu thường (do tủy không sinh sản hồng cầu nữa).

- Số lượng hồng cầu hạ nhiều.
- Huyết sắc tố cũng hạ nhiều.
- Do đó chỉ số bắt màu suýt soát bình thường.
- Hồng cầu hình thể cũng bình thường.

V.- Điều trị thiếu máu.

1. Điều trị nguyên nhân thiếu máu. Ví dụ: Sốt rét, giun móc.

2. Điều trị chứng thiếu máu :

a) Nếu đang chảy máu thì cho thuốc cầm máu :
- Sinh tố K 0,005 x 1 - 2 ống tiêm bắp thịt trong ngày, hoặc
- Sistonal : 0,30 x 2 ống tiêm bắp trong ngày.
- Sinh tố C 0,10 x 4 ống tiêm tĩnh mạch trong ngày.

b) Truyền máu nếu cần.

c) Nếu huyết áp giảm Cho Coramine, dầu long não hay Caféine.

d) Nếu thiếu máu ưu sắc, tiêm sinh tố B.12 30 γ hoặc 60 γ x 1 ống / I ngày tiêm bắp thịt.

đ) Nếu thiếu máu nhược sắc, cho uống Sulfate ferreux 0,05 - 0,30 mỗi lần và 2 - 3 lần mỗi ngày.

Có thể tiêm sinh tố C 0,100 x 2 ống / ngày.

3. Về chế độ ăn :

- Cho ăn nhiều sinh tố, nhiều chất đạm, thịt, gan.
- Cho thuốc bổ vị để bệnh nhân ăn được nhiều. Tỉ dụ: Cacodylate de Na 0,05 - 0,20 mỗi ngày tiêm bắp thịt.

-- oOo --

BỆNH THIẾU SINH TỐ

Đại cương.

Bệnh thiếu sinh tố có từ lâu, nhưng từ thế kỷ thứ 19, tìm ra sinh tố mới điều trị bệnh thiếu sinh tố được kết quả hơn. Người ta mắc bệnh thiếu sinh tố vì hai lý do:

1. Ăn uống không đủ sinh tố.

2. Thức ăn đủ sinh tố, nhưng cơ thể không hấp thu được. Nếu thiếu sinh tố có khi có triệu chứng rõ rệt, nhưng có khi chỉ có triệu chứng âm ỉ, đợi khi có một nguyên nhân thuận lợi lại xuất hiện và trở nên nặng.

I.- THIẾU SINH TỐ A.

1. Triệu chứng.

a) Triệu chứng chủ quan.

- Quáng gà, tối bệnh nhân không nhìn thấy gì hoặc nhìn các vật chung quanh mờ, có khi thấy vướng mắt và hay chảy nước mắt.

b) Triệu chứng khách quan.

- Màng tiếp hợp mắt có những mảng con, giác mạc có từng chỗ bị đục mờ và đôi khi loét giác mạc.
- Niêm mạc miệng có chỗ [illegible] lên.
- Da khô, hay có những nếp nhăn, không có mồ hôi, có thể bị mụn nhọt nhiều hoặc lở.

2. Chẩn đoán.

Người ta chẩn đoán quyết định bệnh thiếu sinh tố A căn cứ vào hai triệu chứng chính là quáng gà và da khô.

3.- Dự phòng.

Bộ đội hành quân xa, những người làm việc nhiều bằng mắt như hoá nghiệm nên dùng sinh tố A mỗi ngày 5.000 đơn vị.

4. Điều trị.

Khi đã có bệnh rõ, cần dùng nhiều vitamine A, dầu gan cá thu, lòng đỏ trứng.

- Sinh tố A loại dầu mỗi phân khối có 120.000 đơn vị; mỗi ngày uống X - XX giọt (30.000 - 60.000 đơn vị).

- Dầu cá dùng 15 - 60 g một ngày. Mỗi gam dầu cá chứa 600 đơn vị sinh tố A và 85 đơn vị sinh tố D.

II.- THIẾU SINH TỐ B_1 (bệnh tê phù).

A) Nguyên nhân và điều kiện xuất hiện bệnh.

- ăn gạo xay quá kỹ.
- lao lực nhiều.
- mắc bệnh truyền nhiễm.
- dùng nhiều đường quá.

B) Triệu chứng:

1. Triệu chứng chủ quan.

+ Tay chân tê, cảm giác kém, có khi chân phù hoặc vừa tê vừa phù, làm việc mau mệt.

+ ăn không biết ngon, hay táo, có khi mồm rát, nhức đầu, chóng mặt, đau nhói vùng tim.

+ Sức khoẻ toàn thân giảm sút nhanh chóng nếu lao lực và có bị bệnh nhiễm trùng thì bệnh trở nên nặng ngay.

2. Triệu chứng khách quan.

+ Phản xạ gân ở đầu gối và cổ chân giảm hoặc mất.

+ Trong thể nhẹ, mạch chậm. Nếu là bệnh nặng, mạch nhanh, khó thở, tim bị to ra. Nghe tim có tiếng thổi tâm thu ở mỏm. Có khi suy tim nặng, chữa bằng sinh tố B_1 liều mạnh, kết quả rất nhanh chóng.

+ Gan to, đau bụng hay đầy, chướng hơi.

+ Các triệu chứng về thận có albumin niệu nhẹ 0,5 - 1 g ‰

+ Về máu, có hiện tượng thiếu máu nhược sắc.

C) Chẩn đoán.

- Bệnh này nặng thì chẩn đoán dễ, dựa vào 2 triệu chứng căn bản là tê phù, mệt mỏi.
- Bệnh âm ỉ cần định lượng sinh tố B_1 ở nước giải và máu.

D) Dự phòng.

- Chống ăn gạo mục, gạo xay quá kỹ.
- Những đơn vị bộ đội đặc biệt hành quân xa, ăn đồ hộp như hải quân, vv... cần uống sinh tố B_1 dự phòng.
- Tránh lao lực nhiều, tinh thần quá căng thẳng.

Đ) Điều trị.

Chủ yếu là sinh tố B_1, uống hoặc tiêm 100 - 200 mg mỗi ngày. Cho ăn nhiều rau, hoa quả, men rượu bia, cà chua. Chú ý thuốc trợ tim.

II.- THIẾU SINH TỐ C.

A/ Nguyên nhân.- Có 2 trường hợp :

1. Thiếu ăn kéo dài, không cung cấp đủ sinh tố C.

2. - Có thể không hấp thu được sinh tố C trong trường hợp bệnh tiêu hoá, bệnh thần kinh.

B/ Triệu chứng :

1. Loại tiềm tàng.- Bệnh nhân mệt bình thường, thỉnh thoảng thấy ớn lạnh, đau khớp, tức ngực. Có phù nhẹ ở mặt cẳng chân, môi hơi tím, da xanh nhợt và khô.

2. Loại biểu hiện rõ.- Xuất huyết ở các niêm mạc, ở chân răng, ở da, ở khớp, có khi chảy máu cam, đi ngoài ra máu, răng dễ rụng. Huyết áp hạ, có khi bệnh nhân có sốt vì xuất huyết và nhiễm trùng.

Có khi thiếu máu trầm trọng [illegible]. Thường có thiếu máu nhược sắc.

C/ BIẾN CHỨNG.

- Những nơi xuất huyết dễ nhiễm trùng, loét.
- Cứng khớp do xuất huyết khớp.
- Cứng cơ do xuất huyết trong cơ.
- hay bị lao do cơ thể đề kháng kém.

D/ Dự phòng.

- Các đơn vị hải quân, [illegible] nhất định thời gian đo Vitamine C trong máu.
- Kiểm tra ăn uống, chú ý phải có các loại rau tươi.
- Cung cấp sinh tố C dự phòng với những đơn vị ăn uống hạn chế, ít được ăn rau tươi.

Đ/ Điều trị.

- Tiêm sinh tố C 100 - 500 mg / 1 ngày.
- Ăn nhiều hoa quả, nhất là cam, chanh.
- Truyền máu nếu chảy máu nhiều.
- Lý liệu pháp, xoa bóp, tập thể dục để tránh cứng khớp và cứng cơ khi có xuất huyết cơ và khớp.

--- [illegible] ---

18/3/1963

SƠ GAN CỔ CHƯỚNG

Sơ gan cổ chướng là một bệnh [illegible] ta dễ chẩn đoán, nhưng về nguyên nhân thì nhiều khi khó tìm.

I.- TRIỆU CHỨNG.

Bệnh này gồm 2 hội chứng chính :

A/ Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

1. Cổ chướng :

- Nhìn.- Ở tư thế nằm, bụng [illegible] ra trước [illegible] hai bên sườn: bụng bè ra 2 bên như bụng cóc, da [illegible] bóng, căng, có tuần hoàn bàng hệ nổi lên.

- Sờ nắn:

+ Cảm giác ba động: nếu nhờ đặt 1 bàn tay ở giữa bụng, 1 tay để 1 bên bụng, còn 1 tay búng nhẹ bụng bên đối diện, sẽ có cảm giác như nước dội vào tay

+ Dấu hiệu [illegible]: ([illegible] lách [illegible])

- Gõ.- Đục 2 bên mạn sườn và trên xương mu, [illegible] vang.

Nếu rút nước cổ chướng đó ra, ta sẽ được 1 chất [illegible] tiết : + nước màu vàng chanh, trong sạch.
+ Định lượng albumine : < 25 - 30 gam/lít.
+ Rivalta (-).
+ [illegible] nội mô [illegible], [illegible].

2. Tuần hoàn bàng hệ :

- Vệt xanh to ở hạ [illegible], có khi ít, phải nhìn kỹ [illegible] bệnh nhân ngồi dậy mới thấy.

- Hội chứng tăng áp lực [illegible] có thể [illegible] tĩnh mạch thực quản : có khi vỡ ra, làm bệnh nhân nôn ra máu [illegible].

B/ Hội chứng suy gan.

1. Triệu chứng lâm sàng.

- Hoàng đản : thường ít, chỉ có [illegible].

- Phù 2 chi dưới : có khi kín đáo, chỉ [illegible] có, [illegible] to nhiều ở 2 cẳng chân.

292

- Xuất huyết chảy máu cam, chảy máu lợi.
- Gan không đau, có trường hợp to, có trường hợp nhỏ, nhưng bao giờ cũng hơi cứng, bờ sắc, bề mặt không nhẵn.

2. Triệu chứng phi lâm sàng.

- Phản ứng Gros : < 1 cc 7.
  Mac Lagan : > 40 đơn vị.
  Weltmann : > 7
  Wunderly : +
- Prothrombine huyết hạ, thời gian Quick kéo dài (so sánh với mẫu)
- Điện di Albumin giảm. Globulin γ tăng.
- Urobilin niệu +, Bilirubin niệu ±

II.- CHẨN ĐOÁN SƠ GAN CỔ CHƯỚNG.

Về phần chẩn đoán, có 2 vấn đề:
- Chẩn đoán chứng sơ gan.
- Chẩn đoán nguyên do.

1. Chẩn đoán chứng sơ gan căn cứ:

- Chẩn đoán quyết định.
  + Cổ chướng làm bụng căng to, rốn lồi.
  + Tuần hoàn bàng hệ.
  + Gan cứng, có hạt nhỏ.
  + Người gầy, chân hơi phù, mắt vàng nhạt, da xỉn, thâm.
  + Các hội chứng suy gan biểu hiện qua các xét nghiệm phi lâm sàng.
- Chẩn đoán phân biệt:

a) Lao phúc mạc thể tràn dịch:
  × không có tuần hoàn bàng hệ.
  × dịch cổ chướng có nhiều Albumine > 30 g. Rivalta + và có nhiều hồng cầu, lâm ba cầu.
  Có thể có thêm lỗ lao nơi khác.

b) Suy tim có cổ chướng:
  × Gan to, nhưng mềm, như đàn dương cầm, co dãn được, tiến triển sơ hoá và có hội chứng suy tim.

c) Ung thư một cơ quan nào đó trong bụng:
  - gặp ở người lớn tuổi, người suy yếu nhanh.
  - không có tuần hoàn bàng hệ.
  - Có triệu chứng ung thư ở một nơi khác.
  - nếu chọc cổ chướng, dịch cổ chướng sánh, mầu máu vẩn đục, là một dịch xuất tiết Albumin > 40 g, có nhiều hồng cầu, có thể có tế bào ung thư

d) Bệnh về thận có cổ chướng:

Có hội chứng nước tiểu: Hồng cầu, Albumin, Bạch cầu, trụ hạt ở nước tiểu, kèm theo phù toàn thân.

2. Chẩn đoán nguyên nhân.

a/ Rượu: chất độc cho gan → gây thiếu dinh dưỡng, [illegible] đến suy gan. Thường là sơ gan teo.

b/ Nhiễm trùng: do siêu vi trùng gây viêm gan hoặc do Lao thường sơ gan to, nhiễm mỡ.

c/ Ký sinh trùng: - Sốt rét: Sơ gan thể lách to, gan nhỏ.

Sán lá gan: Gan to, có trứng sán trong phân.

d/ Thiếu dưỡng: Thiếu đạm, acid amin (thiếu chống nhiễm mỡ).

đ/ Ứ mật: Sơ gan do sỏi gây viêm túi mật và ống mật nhiều đợt.

e/ Bệnh Hanot: sốt từng đợt kéo dài liên tục, gan lách to rõ rệt, không có triệu chứng tắc mật, không có triệu chứng tăng áp lực môn, không có triệu chứng suy gan. Mãi tới giai đoạn cuối mới có triệu chứng sơ gan.

g/ Bệnh Banti: Lách to nguyên thủy rồi mới to gan. Đến giai đoạn cuối, có sơ gan teo + cổ chướng + lách to.

h/ Viêm tĩnh mạch môn.

i/ Ứ huyết ở gan: suy tim mạn (lúc đầu gan hồi phục được, nhưng qua nhiều lần suy tim, gan trở thành sơ cứng).

III - ĐIỀU TRỊ.

Cổ chướng là một bệnh phải điều trị lâu dài, nên phải gửi về bệnh viện hậu phương.

1. Điều trị nguyên do.

Rất khó vì bệnh nhân sơ gan có thể có một và cũng có thể có nhiều nguyên do gây bệnh. Tuy nhiên, nếu tìm thấy nguyên nhân, vẫn phải điều trị tích cực.

2. Điều trị triệu chứng.

A) Nội.

a/ Chế độ: nghỉ, ăn nhạt, không rượu, ăn ít mỡ (40 - 50 gam), nhiều glucid (400 - 500 g), nhiều protid (150 - 200), cụ thể: rau cải, hoa quả, thịt nạc.

b/ Điều trị cổ chướng.- Novurit: 0,10 x 1 cc tiêm bắp thịt hoặc Nephtal I cc dung dịch 10% tiêm tĩnh mạch (không dùng cho người suy gan nặng).

- Có thể dùng nước râu ngô I lít / ngày.

- Chọc phúc mạc để rút nước ra : nên lấy cách 1-2 ngày, mỗi lần lấy 500 - 1.000 cc bằng kim nhỏ, tránh thay đổi áp-lực đột ngột.

3 Điều trị xuất huyết.

- Sinh tố K 0,005 tiêm bắp thịt 1 - 2 ống / ngày.
- Nếu tĩnh mạch thực quản to, phải gửi đi phẫu thuật.

4. Điều trị gan suy.

- Gan tươi 200 - 300 gam / ngày hoặc cao gan uống 10 - 20 cc / ngày.
- Sinh tố B.12 : 60 g. tiêm bắp mỗi ngày.

- Huyết thanh ngọt ưu chương 30 %	40 cc.	tiêm tĩnh mạch mỗi ngày
- Sinh tố B.1 0,025	2 ống	
- Sinh tố C 0,10	2 ống	

- Truyền tĩnh mạch Plasma 500 cc cách ngày.
- Thuốc chống nhiễm mỡ như Lipocaïne 0,10 x 4 viên / ngày.
  Méthionine - Choline - Inositol 8 - 10 g / ngày.

B) Ngoại.

- Thắt động mạch gan.
- Thắt động mạch lách.
- Nối hợp tĩnh mạch môn với tĩnh mạch chủ bụng hoặc tĩnh mạch thận, nhưng chú ý những chỉ định về ngoài khoa rộng, bệnh nhân phải được điều trị nội tốt, gan không suy quá, cổ chướng không nhiều quá.

---- oOo ----

16-3-1963

CƠN ĐAU QUẶN GAN

Cơn đau quặn gan là một cơn đau dữ dội biểu hiện bệnh của túi mật hoặc đường dẫn mật.

Triệu chứng.

- Cơn đau quặn gan có tính chất đau đột ngột, dữ dội ở mạng sườn phải, vùng túi mật, hoặc vùng tụy ống mật chính, lan lên vai phải hoặc vòng theo bờ sườn phải hoặc lan ra sau lưng.

- Cơn đau quặn gan thường kèm theo buồn nôn hoặc nôn mửa, cảm giác tức ngực, nghẹt thở. Có thể kèm theo sốt nhẹ hoặc không, nhưng cũng có khi rét run vì sốt cao, nếu kèm nhiễm trùng đường mật.

Nguyên nhân.

Những nguyên nhân thường gặp là sỏi mật hoặc ngoại vật ở đường dẫn mật (như giun đũa) hoặc do rối loạn vận động túi mật, làm cho túi mật căng dãn...

Chẩn đoán.

+ Chẩn đoán quyết định:

- Tính chất đau xuyên lên vai phải hoặc vòng theo bờ sườn phải.

- Đau đột ngột dữ dội ở mạng sườn phải, buồn nôn, sốt không.

+ Chẩn đoán phân biệt:

a) Cơn đau dạ dày cấp:

- Bệnh nhân có tiền sử dạ dày.
- Đau dữ dội vùng thượng vị không lan xuyên hoặc xuyên ra sau lưng.
- Dấu hiệu Mendel (+).

b) Cơn đau quặn thận:

- Bệnh nhân có tiền sử đái ra sỏi hoặc ra máu.
- Đau ở một bên hay ở cả 2 hố thắt lưng.
- Dấu hiệu Paternasky (+).
- Sau cơn đau, đái ra sỏi hoặc trụ hình.

c) Cơn đau của viêm tụy cấp:

- Đau dữ dội, đột ngột ở vùng thượng vị.
- Nôn nhiều.

- Nếu ấn vào điểm sườn thắt lưng phải (Mayo Robson), bệnh nhân đau như cá quẫy.

- Nếu nhịn ăn, giảm đau; nếu ăn vào, lại gây cơn đau dữ dội.

d) Thủng dạ dày:

- Đau dữ dội vùng thượng vị.
- Bụng có phản ứng thành bụng, có thể cứng.
- Bệnh nhân mệt lả, ở trong tình trạng choáng: nhiệt độ hạ, huyết áp hạ, mạch nhanh.
- X quang có hình liềm hơi.

Xử trí.

- Nằm nghỉ hoàn toàn.
- Chườm nóng vùng mạng sườn phải.
- Chống đau và co thắt bằng tiêm Morphine 0,0I dưới da, hoặc : Pantopon : 0,02 } trộn lẫn tiêm dưới da.
  Atropine : 1/4 mg }
  Promédol 2 % : I cc tiêm bắp thịt.
  Théophylline : 0,25 - 0,50 tiêm tĩnh mạch.
  Uống Teinture de Belladone hoặc Laudanum de Sydenham XX - XXX giọt.
- Nếu nôn mửa, tiêm Novocaine 0,50 % hoặc I % 10 cc tiêm tĩnh mạch.
- Nếu mạch yếu, người mệt lả, tiêm dưới da Huile camphrée 0,20 dưới da.
- Nếu nhiễm trùng (nhiệt độ cao, bạch cầu cao), cho thuốc kháng sinh.
- Ăn uống : ăn lỏng, ăn nước cháo, ăn sữa.

Nên tránh :

Không nên di chuyển bệnh nhân, khi cơn đau còn đang tiến diễn.

---- oOo ----

16-3-1963

XỬ TRÍ NGỘ ĐỘC NÓI CHUNG

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

A/ ĐẠI CƯƠNG :

- Ngộ độc cấp diễn do :
  + Ăn phải chất độc.
  + Ngửi hơi độc
  + Uống, tiêm hay bôi thuốc vào da, niêm mạc quá liều.
- Nguyên nhân có thể do :
  + Bản thân người dùng thuốc cố tình tự tử
  + Vô tình do uống nhầm thuốc.
  + Do nhân viên y tế làm nhầm lẫn thuốc, gây tai nạn điều trị.

B/ NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ :

- Phải hỏi tỉ mỉ bệnh nhân hoặc người nhà để tìm nguyên nhân và phát hiện chất độc và xử trí thích hợp.

I/ Thải trừ chất độc ra khỏi cơ thể bệnh nhân

II/ Dùng thuốc giải độc thích hợp.

III/ Chữa triệu chứng.

IV/ Thái độ hết sức khẩn trương vì là trường hợp cấp cứu nhưng bình tĩnh để chẩn đoán chính xác và xử trí có lợi cho bệnh nhân.

I.- THẢI TRỪ CHẤT ĐỘC :

1/ Gây nôn ọe :

a) Ngoáy họng bằng lông gà đã nhúng nước hoặc cán thìa con.

b) Hoặc tiêm chlorhydrate d'apomorphine dưới da tối đa 5mgr mỗi lần và trong 24 giờ không quá 1 ống.

Trẻ con dưới 2 tuổi : dùng 0,5 - 2mgr trong 24 giờ.

- Từ 2 đến 15 tuổi : dùng 2-8mgr trong 24 giờ.

c) Hoặc cho uống bột ipéca : 1,5 - 2gr hòa vào nửa cốc nước ấm .

- Tránh gây nôn trong trường hợp:
  + Bệnh nhân mê man
  + Bệnh nhân ngộ độc vì acid và kiềm mà niêm mạc ở miệng và họng đã bị viêm loét .

2/ Rửa dạ dày : tác dụng tống chất độc ra được hết. Nên rửa bằng nước ấm ấm hay dung dịch có thuốc giải độc trung hòa chất độc. Rửa cho đến khi nước ở dạ dày ra trong thì thôi, Chú ý lần đầu nên rửa bằng nước không pha thuốc và giữ nước rửa lại đóng vào chai gửi đi xét nghiệm ngay .

- Để bệnh nhân đầu thấp để tránh gây nôn thùy phế viêm do hút lúc rửa dạ dày .

- Mới ngộ độc các loại có chất acid và kiềm 2-3 giờ đầu vẫn rửa được . ..

- Không rửa dạ dày trong các trường hợp sau:

a) Ngộ độc do acid và kiềm đã qúa 2 giờ vì mồm , thực quản, dạ dày đã bị viêm loét, vì dễ gây tổn thương thêm đường tiêu hóa hoặc thủng dạ dày.

b) Ngộ độc vì mã tiền (strychnine) đã lên cơn co giật dễ gây tắc thở .

3/ Tẩy ruột : Tác dụng tống chất độc ở dạ dày đã xuống ruột .

- Không tẩy ruột trong các trường hợp :

a) Viêm dạ dày ruột

b) Ngộ độc vì acid và kiềm cháy nếu chất độc hòa tan trong dầu như phosphore, santonine, v.v... Thì không tẩy bằng dầu .

4/ Cách thải trừ khác đối với chất độc:

- Cho uống nước chè đặc, cà phê lúc bệnh nhân còn biết nuốt được.

- Cho thuốc lợi niệu để thải độc từ máu ra : uống nước rau má (100gr trong 1 lít hãm trong nước sôi 15 phút) hoặc Lactose (50 - 100g trong 1-2 lít nước) [illegible] théobromine 1-4gr (uống từng gói 0gr50).

- Không dùng thuốc lợi niệu trên trường hợp vô niệu do ngộ độc làm hại thận mà cần dùng [illegible] sinh lý tiêm dưới da hay huyết thanh ngọt ưu trương tiêm tĩnh mạch .

- Truyền huyết thanh mặn ngọt ,
- Truyền huyết thanh ngọt đẳng trương .

II.- DÙNG THUỐC GIẢI ĐỘC THÍCH HỢP [illegible] DẠ DÀY VÀ RUỘT :

Thuốc giải độc thích hợp [illegible] chất độc còn lại ở đường tiêu hóa thành 1 chất không độc hay không hòa tan được, [illegible] .

1/ Thuốc giải độc chung : Tỉ dụ.

a) Nước lòng trắng trứng : cho uống [illegible]

b) Than thảo mộc hoặc động vật : 5-20gr khuấy đều với nước. Uống làm nhiều lần, mỗi lần 1 hay 2 thìa bột than chiêu với nước .

2/ Thuốc giải độc riêng : Tỉ dụ .

a) Đối với 1 số acid (HCl, SO_4H_2 ......) : dùng chất giải độc bằng các chất kiềm như Magnésie calcinée 15 - 20gr trong 500cc nước, nước vôi . ....

b) Đối với 1 số chất kiềm (soude, potasse ammoniaque , ...) dùng chất giải độc là acid như acide acétique (dấm thanh) pha loãng, acide citrique (nước chanh) pha loãng .

3/ Giải độc bằng [illegible] :

- Chống [illegible] : sữa
- Chống kiềm : nước chanh, dấm loãng
- Chống acide cyanhydrique (HCN): cho ăn đường glucose, tạo thành [illegible] không độc .

4/ Chất tác dụng đối kháng . Tỉ dụ trong ngộ độc bằng thuốc ngủ :

300

tiêm Maxiton tĩnh mạch chậm 0g050 và nửa giờ sau lại tiêm 0g050 nữa, nếu sau vài giờ không tỉnh thì cứ cách 15 phút lại tiêm 0g01 tĩnh mạch cho đến khi bệnh nhân tỉnh thì thôi.

III.- CHỮA TRIỆU CHỨNG :

1/ Chống ngạt thở :

+ Thở oxy

+ Thở carbogène (gồm 93 đến 95% oxy và 5 đến 7% thán khí) .

+ Hô hấp nhân tạo: để cung cấp oxy và giúp thải trừ hơi hay chất độc dễ bay. Nhưng chống chỉ định trong ngạt có phù phổi .

+ Do ngộ độc bởi chlore, oxyde de carbone hoặc phosgène brome, anhydride sulfureux , hơi nột vì hô hấp nhân tạo dễ gây xây xát thêm trên một niêm mạc phổi đã tổn thương .

- Thuốc phối hợp với hô hấp nhân tạo để kích thích trung tâm hô hấp : tỉ dụ : Ephédrine 0,03-0,06gr tiêm bắp thịt dung dịch 3% , Lobéline 1% : 0,01 gr mỗi lần tiêm dưới da, cả ngày không qúa 0,10gr.

2/ Chống truỵ tim mạch : Tỉ dụ :

- Camphre dầu 10% tiêm bắp thịt, mỗi lần 2-4cc, trong 24 giờ có thể tiêm 20 - 40cc ,

- Caféine : tiêm dưới da mỗi lần 0,25gr .
- Spartéine : tiêm dưới da 0,10 - 0,20gr
- Coramine 25% tiêm dưới da mỗi lần 1-2cc và 4cc trong 24 giờ .

- Quabaine 0,25%o tiêm tĩnh mạch 1/4 - 1/2 mgr. Có thể pha loãng trong 200 - 300cc huyết thanh ngọt đẳng chương .

3/ Chống đau bụng : Chườm đá .....

4/ Chống tai biến về máu, tỉ dụ : huyết tan : ngộ độc hydrogène arsénié : phải rút máu và truyền máu khác .

5/ Chống mất nước (do mửa và đi lỏng): tiêm dưới da .

hoặc tĩnh mạch huyết thanh mặn hoặc ngọt.

6/- Chống nhiệt độ hạ thấp [illegible]: ủ nóng bệnh nhân, chà sát ....

7/ Chú ý giữ ấm cho bệnh nhân, [illegible] -
Lúc bệnh nhân mới vào, tránh cho ăn uống ngay mà tạm thời không cho ăn và luôn cho bệnh nhân nằm nghiêng để khỏi hít đờm rãi ở mồm vào khí quản vì dễ gây phế viêm.

- Đề phòng loét, cần phải giữ gìn sạch sẽ cơ thể khi bệnh nhân đái ỉa dầm dề.

- Khi rửa dạ dày, phải chú ý ghi số lượng nước vào và chất nôn ra để đem xét nghiệm [illegible].

- Cứ nửa giờ lấy nhiệt độ, mạch, huyết áp, thở một lần, sau khi bệnh nhân tỉnh dậy, 4 giờ lấy 1 lần và mới bắt đầu cho ăn uống.

- Thường xuyên theo dõi bệnh nhân để phòng [illegible] tự xảy ra tai nạn bất ngờ.

+

+ +

NHIỄM ĐỘC THỨC ĂN
-o-o-o-o-o-o-o-o-

NỘI DUNG : 3 loại chính :

I.- NHIỄM độc, nhiễm trùng thức ăn do San-mô-nen-la (Salmonella).

II.- Nhiễm độc - nhiễm trùng thức ăn do trực trùng độc thịt bô-tu-li-ních (botulinique)

III.- Nhiễm độc do nấm.

I.- NHIỄM ĐỘC NHIỄM TRÙNG THỨC ĂN DO SAN-MÔ-NEN-LA (SALMONELLA).

A/ NGUYÊN NHÂN :
Thức ăn : nhất là thịt, [illegible] ốc, cá, kẹo bánh, sữa, nước uống ..... bị nhiễm trùng.

B/ VI TRUNG : Trực trùng loại San-mô-nen-la .

C/ THOI GIAN NUNG BENH : từ 12 đến 24 giờ .

D/ THOI KY BENH PHAT : Bệnh kéo dài 2 đến 5 ngày -Đau bụng từng cơn hoặc nhiều lần. Đi rửa. Nôn mửa. Sốt .

D/ TIEN TRIEN : Thể nhẹ ; tiến triển tốt. Đôi khi thể nặng : sút nhanh chóng, mạch nhỏ và nhanh, mệt lả. Có khi vài ngày chết .

E/ CHAN DOAN : Dựa vào tính chất dịch, dựa vào cấy phân thấy vi trùng gây bệnh.

F/ ĐIEU TRI.

- Sulfamide 0,10 ctg mỗi cân nặng với người lớn : nếu uống tiếp thì từ ngày thứ tư phải giảm dần - hoặc Aurécmycine 0,025mg mỗi cân nặng - Uống thêm Vitamine B1 hoặc polyvitamine .

- Huyết thanh mặn : 1-1 1/2 dưới da hoặc huyết thanh ngọt 30% : 80 - 100cc, tĩnh mạch (chia 2,3 lần).

- Đi rửa nhiều Elixirparégorique (5-20g mỗi ngày , chia ra nhiều lần uống), hoặc Sous - nitrate Bismuth (1 -6gr mỗi ngày, chia ra làm nhiều lần uống).

II.- NHIEM DOC NHIEM TRUNG DO TRUC TRUNG DOC THIT BO-TUY-LI-NICH :

A/ NGUYEN NHAN :

Thức ăn để lâu : thịt hộp, lạp xưởng v.v.....

B/ VI TRUNG :

Trực trùng bô-tuy-li-nich .

C/ THOI GIAN NUNG BENH : 12 đến 48 giờ .

Có thể mệt nhọc, nhức đầu , nôn mửa, đau bụng ,đi rửa .

D/ THOI KY PHAT BENH:

Miệng, lưỡi, họng khô .

Liệt mắt (đồng tử dãn, mất phản xạ với ánh sáng, lác .....). Liệt cơ họng, thực quản : nuốt khó .

Cử động ghi giảm, nhất là cổ ống chân . Cử động thở giảm - Táo bón.
Đi tiểu ít hoặc vô niệu .

D) TIẾN TRIỂN Sau 8 đến 10 ngày có thể chết vì liệt hô hấp hoặc do nhiễm trùng phổi phối hợp . Nếu khỏi : cơ yếu và rối loạn thị giác kéo dài nhiều tuần nhiều tháng.

E) DIEU TRI. Cần điều trị sớm .

Tiêm dưới da : 20 - 60cc huyết thanh chống bo-tuy-li-nich, tiêm 6 đến 8 ngày liền . Phòng viêm phổi: tiêm penicilline nếu cần thiết , cho ngửi dưỡng khí .

III.- NHIEM DOC DO NAM :

A/ LOAI NAM A-MA-NIT PHAN-LO-IT :

(Amanite phalloide) loại bệnh nặng nhất.

- Thời gian nung bệnh . 10 - 20 giờ .

- Triệu chứng : Đau bụng dữ dội . Nôn mửa. Đi ỉa, sốt, sút nhanh chóng .. Hội chứng mất nước rõ . Mạch nhỏ, nhanh. Mệt lả, khát nước nhiều, đường huyết hạ U-rê huyết tăng .

- Dieu tri : Tiêm bắp thịt 40cc huyết thanh chống phan-lô-it .

- Tiêm huyết thanh ngọt 30% : 80 - 100cc tiêm mạch máu .

- Tiêm huyết thanh mặn : 1 lít dưới da .

- Tiêm thuốc trợ tim : dầu long não v;v......

B/ LOAI NAM A-MA-NIT MUYT - CA- RIN.

(Amanite mutcarine) : bệnh nhẹ hơn loại trên.

- Thời gian nung bệnh : 1 - 2 giờ .

- Triệu chứng : Nôn mửa . Đi ỉa, Ra mồ hôi nhiều , chảy nước dãi nhiều . Đồng tử co lại mạch chậm .

- Điều trị : Thuốc giải độc của nấm muyt-ca-rin là sulfate atropine : 0,5 - 1mgr tiêm dưới da .

+ + +

DIEU TRI RAN CAN

=o=o=o=o=o=o=o=o=

I.- DAI CUONG :

Noc rắn là những độc tố có tác dụng làm thay đổi tổ chức tại chỗ hoặc gây rối loạn toàn thân .

1/ Tại chỗ : vết thương sưng đỏ, chảy máu, có khi xanh, thâm hoặc tím bầm, đau như dao cắt, có khi sưng tấy .

2/ Toàn thân : rét run, nôn mửa, bị đại tiểu tiện, có khi choáng váng hoa mắt, có khi sốt nhiều, có khi co giật, bất tỉnh nhân sự. Nạn nhân có thể tức ngực, khó thở, khô cổ họng, đau các khớp xương, đau bụng, có người bị xuất huyết dưới da và niêm mạc, đi đái ra máu .

II.- XU TRI.

1/ Ga-ro : cần làm ngay ga-ro trên chỗ rắn cắn để ngăn không cho chất độc theo máu vào cơ thể. Garo càng sớm càng tốt, nhưng không được để quá một giờ, cứ cách 10-20 phút lại phải rời garo lên dần dần .

2/ Trích máu độc : để giảm bớt độc tố; sau khi rửa chỗ rắn cắn bằng nước ấm rồi dùng dao phẫu thuật trích theo hình chữ (thập) nhỏ, mỗi đường khoảng 1 - 3cm. Trích xong nặn máu ra (ấn từ ngoài vào trong, trước nhẹ, sau mạnh). Máu độc trích ra có thể từ 5 - 20cc (nếu bị nặng, có khi trích tới 50cc). Có thể dùng bầu giác để hút máu độc .

3/ Hộ lý :

a) Đối với người bị rắn cắn, tâm thần thường không được bình tĩnh nên đầu tiên cần an ủi bệnh nhân và làm cho nạn nhân tin tưởng vào phương pháp điều trị của mình .

b) Nạn nhân cần hết sức giảm bớt hoạt động, cần nằm nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường. Buồng bệnh cần được yên tĩnh, tránh nhiều ánh sáng, không khí cần được lưu thông.

c) Cho bệnh nhân uống nhiều nước nóng để bài tiết chất độc .

4/ Thuốc :

a) Tại chỗ .

- Dùng phương pháp phong bế Novocaine chung quanh nơi bị rắn cắn. Phong bế càng chóng càng tốt, lúc mới bị mà phong bế ngay thì hiệu quả càng cao.

- Dùng dung dịch ấm ấm Permanganate de potassium 1% rửa nhiều lần cho rắn cắn để bổ xung dưỡng khí cho tổ chức, đồng thời oxy - hóa độc tố, để giảm bớt nọc độc :

Ngày thứ nhất, cứ mỗi giờ rửa một lần, dùng kim gắp bông lau nhè nhẹ vết thương. Mỗi lần rửa xong, lấy bông gạc đắp vết thương lại, mục đích tránh nhiễm trùng thứ phát. Ngày thứ hai trở đi, tùy theo tình hình vết thương mà có thể giảm bớt số lần hoặc không cần rửa vết thương nữa.

- Có thể rửa vết thương bằng dung dịch hypochlorite de chaux 2% hoặc nước Javel 1/10.

- Có thể tiêm dung dịch Permanganate de potassium 1% hoặc huyết thanh chống nọc độc chung quanh nơi rắn cắn.

b) Toàn thân.

α) Chống nọc độc lưu toàn : tiêm dưới da huyết thanh chống nọc độc (loại huyết thanh đa trị) từ 10cc - 20cc đến 30cc tùy theo nạn nhân bị thương nặng hay nhẹ.

Để đề phòng tính chất nhạy cảm của nạn nhân đó với huyết thanh, trước khi dùng liều lượng trên, nên tiêm da cẳng 0,1cc huyết thanh pha loãng 1/10.. Nếu 5 - 10 phút sau thấy nổi một nốt như kiểu mề đay, như thế chứng tỏ, là nạn nhân nhạy cảm với huyết thanh và không thể tiêm liều 10 - 20 - 30cc ngay được. Mà cứ nửa giờ thì lại tiêm dưới da những liều lượng huyết thanh như sau:

- Trước hết : huyết thanh pha loãng 1/10, tiêm 0,1cc, rồi 0,2cc, rồi tăng dần lên đến 0,5cc.

- Sau đó : huyết thanh không pha loãng 0,1cc, rồi 0,2cc .... tăng dần cho đến khi nạn nhân có thể chịu đựng được 2cc mà không bị phản ứng. Tiếp tục mỗi giờ lại tiêm 2cc, cho đến khi nạn nhân đã tiêm đủ tổng số liều lượng huyết thanh cần thiết.

Nếu đang tiêm mà chúng bị phản ứng nhẹ ở một liều nào đó thì sau đó không nên tăng liều nữa mà tiếp tục tiêm bằng liều cũ thôi.

Nếu bị phản ứng mạnh, dùng 1cc adrenaline 1/1000 tiêm dưới da mà ngừng ngay huyết thanh.

β) Chữa triệu chứng : tùy theo tình trạng nạn nhân mà chống lại trụy tim mạch bằng Cafeine 0,25 - 0,50 tiêm dưới da, hoặc 2cc Coramine 25% hoặc dầu long não 10% tiêm bắp thịt.

- Những người làm trong hầm mỏ sâu, (thợ mỏ), gần các lò lửa nóng (lái xe lửa, thổi thủy tinh, lính cứu hoả .....) có thể bị say nóng .

- Nguyên nhân và cơ chế phát bệnh như say nắng .

- Triệu chứng tương tự như say nắng nhưng điểm khác căn bản là thân nhiệt không thật cao, đôi khi vẫn bình thường .

- Tiên lượng thường khá hơn say nắng .

- Xử trí và đề phòng : như say nắng .

+

+ +

NGẤT

I.- ĐẠI CƯƠNG :

1/ Ngất là một hiện tượng mất hẳn hoặc mất gần hết tri giác một cách đột ngột, từ vài giây đến vài phút, nhịp tim cùng nhịp thở bỗng nhiên chậm hẳn lại, có khi thấy hầu như tim ngừng đập, phổi ngừng thở, mạch khó bắt, nhất là mặt và da tái mét, các đầu chi lạnh, người và toát mồ hôi, nằm thẳng đờ, mất cảm giác.

- Ngất là một sự ngừng sống tạm thời và nếu ngất kéo dài thì sẽ nguy đến tính mạng .

2/ Những nguyên nhân sinh ra ngất rất phức tạp .

a) Về tim mạch :
- Loạn nhịp tim : cơn nhịp nhanh kịch phát, rung tâm nhĩ .....
- Tắc động mạch vành huyết áp hạ .

b) Về phổi :, chảy máu bên trong hoặc bên ngoài .
- Ngạt (bởi chết đuối, điện giật .....) .
- Viêm màng phổi .....

c) Về thần kinh : nhất là về thần kinh vận mạch :
- Cảm xúc mạnh .
- Những cơn đau dữ dội .

d) Những nguyên nhân khác :
- Say nắng .
- Ngộ độc, hơi độc : CO .....

- Chống lại ngạt, tìm bằng cách cho ngửi dưỡng khí và làm hô hấp nhân tạo .

III.- CẤM TRÁNH /

1/ Không nên thắt quá chặt hoặc để ga-ro lâu quá.

2/ Không nên mút vết cắn, nhất là nếu trong mồm người mút lại có chỗ bị sây sát .

3/ Không nên đốt vết rắn cắn bằng sắt nung đỏ hoặc bằng hóa chất .

4/ Không nên dùng morphine vì có hại đến trung tâm thở. nguy hiểm cho nạn nhân .

+

+ +

SAY NẮNG

I.- ĐẠI CƯƠNG .

- Say nắng là rối loạn của điều hòa thân nhiệt. thân nhiệt lên rất cao, đôi khi có thể làm mất nước .

- Những yếu tố để gây say nắng là : Lao động nặng và kéo dài, trong lúc nắng gắt, nhiệt độ cao, độ ẩm nhiều, trời ít gió, đặc biệt đối với người cơ thể suy yếu, hay bị chuột rút và bị mồ hôi.

Trong những điều kiện đó, cơ thể sẽ mất rất nhiều nước, muối, co-lo và so-đi-um, gây nên những biến đổi sinh hóa và về tổ chức như trong trạng thái choáng .

- Người say nắng, nhiệt độ lên rất cao và rất nhanh, ngoài 40°, có khi 42° - 43° . Mặt đỏ ửng, mạch nhanh, thở gấp, da khô, nhức đầu, hoa mắt, chóng mặt, nôn mửa, chuột rút. Nếu không kịp chữa có thể lờ đờ, hoặc mê sảng hoặc hôn mê .

- Bệnh có thể chết người được . Tiên lượng sau khi có tái xanh, mạch yếu, bí đái, co cứng, còn kinh giật; nôn mửa nhiều - Tiên lượng khá hơn nếu thân nhiệt hạ dần, lại ra mồ hôi , mạch nhanh dần và đái được nhiều hơn .

II.- XỬ TRÍ:

A/ NÊN LÀM NGAY :

1/ Hạ nhiệt : Cởi quần áo, đặt bệnh nhân nằm ở nơi mát và thoáng không để sát mặt đất .

- Dùng phương pháp phong bế Novocaine, chung quanh nơi bị rắn cắn. Phong bế càng chóng càng tốt, lúc mới bị mà phong bế ngay thì hiệu quả càng cao.

- Dùng dung dịch ấm ấm Permanganate de potassium 1% rửa nhiều lần cho rắn cắn để bổ xung dưỡng khí cho tổ chức, đồng thời oxy - hóa độc tố, để giảm bớt nọc độc :

Ngày thứ nhất, cứ mỗi giờ rửa một lần, dùng kim gắp bông lau nhẹ nhẹ vết thương. Mỗi lần rửa xong, lấy bông gạc đắp vết thương lại, mục đích tránh nhiễm trùng thứ phát. Ngày thứ hai trở đi, tùy theo tình hình vết thương mà có thể giảm bớt số lần hoặc không cần rửa vết thương nữa.

- Có thể rửa vết thương bằng dung dịch hypochlorite de chaux 2% hoặc nước Javel 1/10.

- Có thể tiêm dung dịch Permanganate de potassium 1% hoặc huyết thanh chống nọc độc chung quanh nơi rắn cắn.

b) Toàn thân :

A <u>Chống nọc độc lan tỏa :</u> tiêm dưới da huyết thanh chống nọc độc (loại huyết thanh đa trị) từ 10cc - 20cc đến 30cc tùy theo nạn nhân bị thương nặng hay nhẹ.

Để đề phòng tính chất nhạy cảm của nạn nhân đối với huyết thanh, trước khi dùng liều lượng trên, nên tiêm da cạm 0,1cc huyết thanh pha loãng 1/10. Nếu 5 - 10 phút sau thấy nổi một mụn như kiểu mề đay, như thế chứng tỏ, là nạn nhân nhạy cảm với huyết thanh và không thể tiêm liều 10 - 20 - 30cc ngay được. Mà cứ nửa giờ thì lại tiêm dưới da những liều lượng huyết thanh như sau:

- Trước hết : huyết thanh pha loãng 1/10, tiêm 0,1cc, rồi 0,2cc, rồi tăng dần lên đến 0,5cc.

- Sau đó : huyết thanh không pha loãng 0,1cc, rồi 0,2cc .... tăng dần cho đến khi nạn nhân có thể chịu đựng được 2cc mà không bị phản ứng. Tiếp tục mỗi giờ lại tiêm 2cc, cho đến khi nạn nhân đã tiêm đủ tổng số liều lượng huyết thanh cần thiết.

Nếu đang tiêm nửa chừng bị phản ứng nhẹ ở một liều nào đó thì sau đó không nên tăng liều nữa mà tiếp tục tiêm bằng liều cũ thôi.

Nếu bị phản ứng mạnh, dùng 1cc adrenaline 1/1000 tiêm dưới da mà ngưng ngay huyết thanh.

B <u>Chữa triệu chung :</u> tùy theo tình trạng nạn nhân mà chống lại trụy tim mạch bằng Cafeinec 0,25 - 0,50 tiêm dưới da, hoặc 2cc. Coramine 25% hoặc dầu long não 10% tiêm bắp thịt.

- Lấy khăn nhúng nước ấm (khoảng 30°) lau mát khắp thân thể và quạt phe phẩy cho nước dễ bốc hơi, chườm đá trên đầu. Mặc quần áo khô cho bệnh nhân khi nhiệt độ trở lại bình thường.

2/ Tiếp nước và muối: cho uống vài lít nước pha muối 5%o giúp hạ nhiệt để toát mồ hôi sau.

- Tiêm tĩnh mạch thanh huyết mặn đẳng chương 1 lít; thanh huyết mặn ưu chương 20 - 30% : 20cc, tốt nhất là plasma 500cc.

3/ Về điều trị toàn thân:

- Nếu có rối loạn tuần hoàn:
  + Camphre 10% 2cc tiêm bắp thịt.
  + Coramine 25% 2cc tiêm dưới da.
  + Cafeine 0,25% - 0,50 tiêm dưới da.
  + Nếu kinh giật: có thể cho thuốc ngủ: Luminal (gardenal) 0g,10 uống hoặc tiêm dưới da.
  + Bromure de sodium 1% 10cc tiêm tĩnh mạch.

B/ CẤM TRÁNH:

- Tránh để bệnh nhân ở chỗ gió lùa, bệnh nhân mặt thấm nước; để nước bốc hơi quá nhanh, tránh đắp vào người nước quá lạnh như nước giếng, hoặc nước đá để giải nhiệt vì làm mạch quản co lại, gây thêm ứ huyết ở phủ tạng và chậm giải nhiệt.

C/ ĐỀ PHÒNG SAY NẮNG:

- Lựa chọn giờ hành quân hoặc thời gian lao động không quá nóng, không mang vác quá nặng, nên mặc quần áo rộng và thoáng.

- Nên cho ăn nhiều thịt.
- Giảm các thức ăn làm tăng nhiệt như đường và không uống rượu.

- Cho uống nhiều nước (có thể tới 6 - 7 lít một ngày) tùy theo lao động nặng và nóng nực nhiều.

- Dùng thêm muối: một ngày pha thêm vào nước uống khoảng 2 thìa cà phê muối (ngoài số muối thường dùng trong thức ăn).

\+ \+ \+

SAY NÓNG

- Những người làm trong hầm mỏ sâu (thợ mỏ), gần các lò lửa nóng (lái xe lửa, thổi thủy tinh, lính cứu hỏa .....) có thể bị say nóng .

- Nguyên nhân và cơ chế phát bệnh như say nắng .

- Triệu chứng tương tự như say nắng nhưng điểm khác căn bản là thân nhiệt không thật cao, đôi khi vẫn bình thường .

- Tiên lượng thường khá hơn say nắng .

- Xử trí và đề phòng : như say nắng .

+

+ 7 - 2 1964 +

4

NGẤT

I.- ĐẠI CƯƠNG .

1/ Ngất là một hiện tượng mất hẳn hoặc mất gần hết tri giác, một cách đột ngột từ vài giây đến vài phút, nhịp thở bỗng nhiên chấm hẳn lại, có khi thấy hầu như tim ngừng đập, phổi ngừng thở, mạch khó bắt, nhất là mặt và da tái mét, các đầu chi lạnh, người vã toát mồ hôi, nằm thẳng đơ, mất cảm giác.

- Ngất là một sự ngừng sống tạm thời và nếu ngất kéo dài thì sẽ nguy đến tính mạng .

2/ Những nguyên nhân sinh ra ngất rất phức tạp.

a) Về tim mạch :

- Loạn nhịp tim , cơn nhịp nhanh kịch phát, rung tâm nhĩ .

- Tắc động mạch vành , huyết áp hạ .

b) Về phổi : chảy máu bên trong hoặc bên ngoài .

- Ngạt (bởi chết đuối, điện giật ....).

- Viêm màng phổi .....

c) Về thần kinh : nhất là về thần kinh vận mạch :

- Cảm xúc mạnh .

- Những cơn đau dữ dội .

d) Những nguyên nhân khác :

- Say nắng .

- Ngộ độc, hơi độc : CO ......

3/ Cơ chế sinh bệnh : thường là do thần kinh bị kích phát tạm thời, ảnh hưởng đến trung tâm hô hấp và tuần hoàn .

II.- XU TRI :

A/ NET LAM :

1/ Kích thích tuần hoàn :

- Đặt bệnh nhân nằm ruỗi thẳng, đầu thấp để làm cho máu lưu thông lên não .

- Mở khuy áo, giải rút, giày lưng quần để lợi cho cả tuần hoàn và hô hấp .

- Đồng thời tiêm các thuốc trợ tim mạch, thí dụ 2cc dầu long não 10% tiêm bắp thịt .

- Hoặc tiêm 1 ống Sparto - camphre hoặc 1 ống coramine : tiêm dưới da .

2/ Kích thích thần kinh :

- Kích thích cảm giác bệnh nhân bằng cách rứt tóc, tát má .

- Xoa bóp bằng rượu mạnh hoặc dùng khăn tay, khăn mặt ướt lạnh đánh vào mặt bệnh nhân .

3/ Kích thích hô hấp :

- Dùng pince mà đưa miếng bông có ether hoặc ammoniaque vào tầm lỗ mũi bệnh nhân .

- Lobeline : 1 ống 10mgr tiêm bắp thịt .

- Cafeine : 1 ống 0,25 ctg tiêm dưới da .

- Hoặc ether tinh khiết : 1cc tiêm dưới da .

- Và chủ yếu là làm hô hấp nhân tạo một cách liên tục và kiên nhẫn theo phương pháp Schafer hoặc phương pháp Silvester với nhịp 16 cái, trong một phút, kèm theo kéo lưỡi ra vào một cách nhịp nhàng, ít nhất trong 1g30 .

4/ Nếu ngất do chảy máu trong : (chảy máu ruột, chửa ngoài dạ con ......) .

- Cần tiêm thuốc cầm máu : như sinh tố K 1 ống 0,005 tiêm bắp thịt hoặc Sistomai 0,30 tiêm bắp thịt .

- Và truyền máu .

5/ Trường hợp nặng :

Nếu dùng những phương pháp trên mà vẫn chưa khỏi ngất thì cần phải giải quyết tích cực hơn bằng những phương pháp

- Nor - adrenaline : 5 - 10cc dung dịch 1/1000 cho vào một lít huyết thanh ngọt đẳng chưởng 5% : truyền chậm chậm vào tĩnh mạch, từ 10 đến 30 giọt trong 1 phút, tùy theo tình hình biến chuyển của huyết áp. Dùng phương pháp này, cần phải y sinh trực tiếp theo rõi .

- Tiêm thẳng vào tim 1cc dung dịch adrenaline 1/1000 : tiêm qua liên sườn 4 bên trái, sát bờ xương ức .

6/ Sau khi ngất :

Cần tìm và tích cực điều trị nguyên nhân .

III.- CẤM TRÁNH :

Không nên lầm ngất với hôn mê, truy tim mạch, ngất, choáng vì mỗi loại có một lối xử trí khác hẳn nhau .

\+

\+ \+

SÉT DÁNH, DIỆN GIẬT, CHẾT DUỐI, NGẠT THỞ

I.- ĐẠI CƯƠNG .

Bị sét đánh, điện giật, chết đuối, ngạt thở, nạn nhân có thể chết ngay với tim hoàn toàn ngừng đập; có trường hợp chết trong tình trạng tay chân co quắp, trường hợp chết lâu : thể xác cứng đờ.

Nếu chưa chết ngay thì nạn nhân ở trong tình trạng :hôn mê, bất tỉnh, da tím bầm hoặc tái mét, người thường giá lạnh, mạch yếu ớt, thở nông, có khi hoàn toàn không thở được . Nói chung, những triệu chứng như vậy thể hiện :

1/ Tình trạng ngạt thở tím bầm .

2/ Tình trạng ngạt thở tái mét. Cần phải cấp cứu ngay.

II.- XỬ TRÍ :

A/ PHẦN RIÊNG CHO TỪNG LOẠI :

1/ Về sét đánh, điện giật :

- Người cấp cứu phải đeo bao tay da chân phải đi dày da. Nếu không có thì dùng khăn vải thật khô mà lót tay và chân phải đi guốc .

- Về điện giật, nếu không gỡ được nạn nhân rời khỏi giây điện thì cần cắt đứt đoạn giây điện đã vướng vào nạn nhân, và đặt nạn nhân trên giường gỗ để cấp cứu .

2/ Về ngạt thở, chết đuối :

- Lập tức cởi ngay quần áo nạn nhân và lau mồ hôi nạn nhân.

- Về nạn nhân chết đuối, sau khi dùng khăn tay quấn một miếng vải lau sạch bùn cát trong mồm nạn nhân, rồi đặt nạn nhân nằm sấp, đầu thấp, dùng sức ép vào lưng để tống nước ra khỏi bụng và khỏi phổi.

B/ PHẦN CHUNG CHO CẢ BỐN LOẠI :

1/ Đứng trước tình trạng ngất thở tím bầm :

- Cần trích huyết ngay.

- Và lập tức sau khi trích huyết, tiêm ngay 2cc dưới da. Coramine 20% hoặc 2cc dầu long não 10% tiêm bắp thịt hoặc 1/4 mgr Ouabaine theo đường tĩnh mạch.

- Kèm với 1 ống Lobeline 10mgr tiêm bắp thịt.

2/ Đứng trước tình trạng ngất thở tái mét.

- Đặt bệnh nhân đầu thấp.

- Tiêm ngay thuốc trợ tim kể trên theo đường tĩnh mạch kèm với 1 ống 10mgr Lobeline tiêm bắp thịt.

3/ Chủ yếu là làm hô hấp nhân tạo :

Dầu nạn nhân ở tình trạng ngất thở tím bầm hay ngất thở tái mét, phương pháp xử trí chủ yếu là áp dụng ngay hô hấp nhân tạo kiểu Schafer hoặc kiểu Silvester.

a) Kiểu Silvester :

- Nạn nhân nằm ngửa : kéo tay nạn nhân lên thẳng góc với người rồi kéo tay ra sau đến tận sát đất (thì hít vào).

- Nghỉ 2 giây, rồi lại kéo hai cánh tay ra đằng trước dọc hai bên thân nạn nhân, ép nhẹ cánh tay lên ngực nạn nhân (thì thở ra), như trước với điều kiện là làm được 15 - 16 lần tất cả trong 1 phút.

b) Kiểu Schafer : đỡ mệt cho người làm hơn.

- Nạn nhân nằm sấp, 2 tay duỗi ra đằng trước, đầu nghiêng về một phía, gối trên một cánh tay của nạn nhân.

- Người làm quì gối ở hai bên mông đít nạn nhân, đặt hai lòng bàn tay vào hai bên thân nạn nhân :

- Cúi mình để hết sức ấn mạnh hai tay xuống hai bên đáy lồng ngực nạn nhân trong hai giây (thì thở ra).

- Rồi thôi ấn tay và ngửng mình dậy, ngồi lên [illegible] quì nạn nhân (thì hít vào).

Nghỉ 1 giây. Rồi cứ thế làm đi làm lại cho được 15 - 16 động tác trong 1 phút .

c) Những việc cần làm theo với hô hấp nhân tạo.

- Kèm theo hô hấp nhân tạo, dùng pince hoặc mùi xoa cầm lưỡi nạn nhân mà kéo ra đầy vào .

Đồng thời trong lúc làm hô hấp nhân tạo, cần xoa ấm nạn nhân, hoặc chườm nóng, hoặc ủ nóng bằng cách đắp chăn cho nạn nhân .

III.- NÊN TRÁNH :

- Không nên kéo mạnh lưỡi nạn nhân trong thì thở vào .

- Áp dụng hô hấp nhân tạo không nên thổi nhanh quá : cần làm kiên trì, liên tục trong thời gian 1g30 .

XQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXQXOX

NOI I . Phuong phap kham [illegible]   II/-.-

PHUONG PHAP KHAM BỆNH

=o=o=o=o=o=o=o=o=o=o=

MUC DICH YEU CAU .

- Thấy rõ sự quan trọng của phương pháp khám bệnh .
- Khám bệnh phải toàn diện, có hệ thống .
- Thống nhất cách ghi bệnh án

I.- DINH NGHIA .

- Khám bệnh là thu thập [illegible] tài liệu cần thiết cho việc chẩn đoán [illegible] các tài liệu đó thuộc [illegible]

- Triệu chứng khách quan [illegible] bệnh, theo đúng phương pháp mà tìm ra

- Triệu chứng [illegible] các tài liệu trên, y sinh sẽ dùng lý luận kết hợp [illegible] nghiệm thực tiễn mà phân [illegible] triệu chứng nào là thứ yếu [illegible] phân tích [illegible] thì việc tổng hợp thành chẩn đoán bệnh được chính xác [illegible]

II.- PHUONG PHAP KHAM BENH

Có 2 phần chính

- Hỏi bệnh ;
- Khám vật thể

Hai phần bổi bổ cho nhau [illegible] không thể coi nặng phần nọ, nhẹ phần kia, (không nên chỉ chú trọng [illegible] các phẫu thuật viên, khám mà ít chú ý đến hỏi bệnh [illegible] triệu chứng của bệnh hay lắm và cũng không [illegible] đoán bệnh [illegible] trên các báo chí nhân kể lại như một số y sĩ mạch thuốc [illegible]

Thường thì hỏi bệnh trước, khám bệnh sau vì hỏi bệnh [illegible] cho ta một phần hướng để khám [illegible] Có khi [illegible] mê man hoặc không nói được thì phải hỏi gián tiếp [illegible] người cùng [illegible] xung quanh, những người thân [illegible]

A/ HOI BENH .

Phần này rất quan trọng về nó cho ta biết cả một quá trình của bệnh mà khám bệnh chỉ cho ta biết giai đoạn hiện tại của bệnh nhân. Có thể nói người nào hỏi bệnh kỹ thì người đó chẩn đoán đúng. Hỏi bệnh tức là nói truyện với bệnh nhân nhưng không phải nói từ đó mà mục đích là qua bệnh sử của bệnh, tiểu sử của bệnh nhân, sinh hoạt công tác của bệnh nhân, sức khoẻ của gia đình mà đi đến tóm tắt và kết luận để có chẩn đoán tương đối đúng.

1/ Cách hỏi bệnh.

Mới đầu để bệnh nhân tự ý kể 5 - 10 phút để ta có khái niệm về bệnh như vậy làm cho bệnh nhân tin tưởng, cảm thông với y sinh. Nhưng không nên để bệnh nhân đi miên man quá, bệnh nhân sẽ nói nhiều cái không cần thiết. Cho nên fai kịp thời đặt câu hỏi cụ thể.

Đặt trọng tâm vào những bộ phận có triệu chứng mà bệnh nhân cho là quan trọng hay y sinh nhận là quan trọng nhất. Những bộ phận khác có thể hỏi sơ qua, nhưng nguyên tắc là không bỏ sót một bộ phận nào.

Lúc hỏi không phải chỉ ghi nguyên văn lời kể của bệnh nhân mà phải có nhận định chỗ nào bệnh nhân kể chưa rõ thì hỏi lại tỉ mỉ cho thật rõ, có tiến tới có tài liệu thật chính xác.

Câu hỏi phải rõ ràng, giản dị, tránh không nên dùng tiếng chuyên môn như khái huyết, phế mạc viêm, choáng v.v...

Nếu bệnh nhân mắc nhiều bệnh 1 lúc như kiết lỵ, đau dạ dày, sốt rét thì phải chia từng bệnh mà hỏi cho có hệ thống, hướng bệnh nhân kể theo thứ tự thời gian để dễ nhận định về tiến triển của bệnh.

2/ Nội dung :

a) Lý do vào viện :

Những triệu chứng hiện nay, bệnh nhân có như đau ngực, ho, đờm có máu, sốt, ra mồ hôi, mệt mỏi, kém ăn.

b) Hỏi bệnh :

- Bệnh bắt đầu vào ngày - tháng - năm nào

– Triệu chứng của bệnh do lúc đầu, sau này tiến triển như thế nào, hiện nay như thế nào, thời kỳ và những triệu chứng mà bệnh nhân cho là chủ yếu, Thí dụ hỏi về bộ máy hô hấp, có ho luôn không, ho vào lúc nào nhiều nhất ? ho nhát gừng hay từng cơn – ho khan hay có đờm, đờm nhiều hay ít, hay khạc vào những lúc nào, màu gì, đặc hay loãng, có rây máu không ? máu nhiều hay từng tia lẫn với đờm, màu tím hay đỏ tươi ....

– Đã chữa những thuốc gì .

+ Chữa thế nào

+ Kết quả .

Cần chú ý đối với những bệnh mãn tính, bệnh nhân đã dùng nhiều thứ thuốc, nên họ tự biết thứ nào có tác dụng, thứ nào họ có phản ứng .

– Phân và nước giải .

– Kinh nguyệt (nếu là phụ nữ) có từ bao giờ, bị khi có đến nay tiến triển ra sao ; hiện nay thế nào ?

– Thói hư tật xấu : hút thuốc, uống rượu, rất cần đối với một số bệnh mãn tính như phế quản viêm mãn tính, loét dạ dày .

c) <u>Tiền sử</u> : Từ bé đến giờ đã bị ốm đau thế nào (bệnh truyền nhiễm, bệnh ngoại khoa v.v....).

d) <u>Bệnh trong gia đình</u> : Hỏi về bố mẹ, vợ chồng, anh em bạn bè, những người lân cận (hướng về bệnh xã hội, lây truyền như lao, giang mai hoặc bệnh gia đình như hen xuyễn, loét dạ dày, tăng huyết áp .

e) <u>Điều kiện sinh hoạt</u> :

– Sinh hoạt trong gia đình có liên quan tới bệnh hiện nay như ăn cay, uống rượu, hút thuốc trong bệnh loét dạ dày .

– Nghề nghiệp : nông dân chân lấm tay bùn, dễ bị thấp khớp, cán bộ làm việc bàn giấy, tinh thần căng thẳng, dễ bị suy nhược thần kinh .

h) <u>Tóm tắt và kết luận</u> : Cần rút ra những hội chứng chính đưa đến hướng chẩn đoán giúp ta khi khám vật thể có trọng tâm. chú ý kết luận không phải là chẩn đoán .

B/ CACH KHAM VAT THE .

Những phương pháp khám từng bộ phận sẽ học trong phần triệu chứng học, đây chỉ nói cách khám chung, khám vật thể là tìm kiếm, nhận xét triệu chứng cụ thể trên người bệnh nhân bằng những phương pháp kỹ thuật. Nguyên tắc chung là y sinh phải khám bệnh có hệ thống và toàn diện, từ tóc cho đến chân, không bỏ sót một bộ phận nào .

1/ Quy tắc chung :

a) Trước khi khám, chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, ống nghe, đè lưỡi, búa phản xạ, đèn bấm, kim, bơm tiêm ....

b) Buồng khám đủ ánh sáng tự nhiên, mùa đông phải ấm .

c) Khám bộc lộ bệnh nhân phải cởi áo, khám vết thương phải cởi băng. Nếu cần, yêu cầu bệnh nhân bộc lộ toàn thân .

d) Tư thế bệnh nhân thoải mái, không làm bệnh nhân mệt

e) Giải thích cho bệnh nhân cách thở sâu, nén bụng ...

g) Tư thế y sinh thoải mái, đứng bên phải bệnh nhân - trừ trường hợp đặc biệt

2/ Khám thực thể .

Nhìn bao quát toàn bộ tư thế của bệnh nhân. Bệnh nhân có động tác gì, có run sợ không, một vài triệu chứng nhìn qua đã thấy, khó thở, phù toàn thân, môi tím. Bệnh nhân ngồi, khám từ tóc đến chân .

- Tóc nhìn xem dầy, thưa, bạc, đen, bệnh tóc,
- Da toàn thể màu da, có chấm đen, vàng nhiều hay vàng vừa, sẹo, u da mẩn hay khô, có vảy .

- Hạch : ở cổ trước và sau cơ ức đòn chũm, nách bẹn, to hay bé cứng hay mềm, đau hay không đau, rời hay dính lại nhau .

- Mắt : màu đỏ, nhợt hay vàng, đồng tử to, nhỏ, 2 bên có đều nhau không, phản ứng đối với ánh sáng. cho bệnh nhân nhìn ngón tay và bảo bệnh nhân liếc theo khi ta đưa ngón tay .

- ai xem [illegible] không, ấn vào [illegible] không .

- Mui : [illegible] không, [illegible] an vao cho xoang [illegible] không .

- Mồm xem [illegible] , [illegible]

- Có [illegible] tuyến giap trạng [illegible] không ?

- Phổi [illegible] không [illegible] không ?

 + Gõ [illegible]
 + Gõ [illegible] phổi
 + Nghe phổi [illegible]

- Tuần hoàn .

 + [illegible] vong [illegible]
 + [illegible]
 + Gõ [illegible] .
 + [illegible]

Đồng thời [illegible] .

- Tiêu hoa :

 + [illegible] chuông, [illegible] ?

 + Sờ : [illegible] .

 + Gõ xem [illegible]
 + Nghe [illegible]

- Bộ phận sinh dục [illegible] .
- Tứ chi : [illegible] cục, [illegible] khớp .

- Thần kinh : [illegible] sang, tay run ? [illegible] giac (bằng ống nước [illegible]) [illegible] - phản xạ tay, đầu gối, dấu hiệu [illegible] .

320

Cuối cùng lấy nhiệt độ - Can .

C/ CONG TAC SAU KHI KHAM BENH .

Ghi bệnh án,: xác dinh cở quan nào bị bệnh vi du bệnh tim rồi ghi kham chung toàn thân .

Cở quan bình thường : da - hach - cổ - mặt - tai - mụi - mom phoi, bung , thân, tư chi, thần kinh. Rồi sau cung ghi tỉ mỉ .

KET LUAN .

Khám có hệ thống và toàn diện như trên có lợi là không bỏ sot, 1 bộ phận nao và thực sự lam đỏ mất thời giờ, đỏ phai kham đi kham lại nhiều lần .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

TRIỆU CHỨNG HỌC TIÊU HÓA

=0=0=0=0=0=0=0=0=0= =

MỤC ĐÍCH YÊU CẦU .

1/ Nắm được phương pháp khám bụng : Nhìn, nắn, gõ, nghe .

2/ Nắm được những triệu chứng chính trong những bệnh về thực quản, dạ dày, ruột và gan .

NỘI DUNG :

I- Miệng , lưỡi , thực quản

II- Phương pháp và kết quả khám bụng .

III- Dạ dày

IV- Ruột

V- Gan .

+

\+ -

I.- MIỆNG LƯỠI THỰC QUẢN .

a) Miệng : Miệng bắt đầu của ống tiêu hóa. Và có nhiệm vụ miệng nhai thức ăn và nhằm trộn thức ăn với nước bọt. Về hóa học miệng tiết ra nước bọt. Nước bọt chứa phân hóa tố (ti-a-lin) Ptyaline tác dụng chuyển hóa chất bột .

\- Môi : môi có thay đổi trong 1 số trường hợp bệnh lý màu tại tim . Thí dụ ; trong trạng thái ngạt thở (suy tim) .

\- Nhợt nhạt sau khi thiếu máu (chảy máu) .

\- Hình thái : Lệch 1 bên miệng, và môi một bên thấp xuống, do liệt mặt .

\- Chốc mép, thí dụ : thời kỳ đầu của một vài bệnh sốt .

b) Lưỡi : Lưỡi đẩy thức ăn với nước bọt . Lưỡi bình thường màu hồng , lưỡi tiết nước bọt nhiều trong bệnh tiêu hóa như loét hoặc viêm dạ dày, trong nhiễm độc (Iode) .

\- Hiện tượng khô miệng trong trường hợp bị độc Atropin hoặc Belladonne, bệnh làm mất nước như tả v.v...

- Lưỡi bự trắng ở bệnh nhân viêm hoặc loét dạ dày tá tràng, trong nhiễm trùng cấp diễn .
- Lưỡi vàng rõ ở mặt dưới lưỡi trong hoàng đản , vòng vèo của viêm lưỡi .
- Loét lưỡi . Do sâu răng, lao, giang mai, ung thú lưỡi .
- Lưỡi Hon-Te (Hunter) = Lưỡi mất gai, mất lưỡi lì di hay gặp ở thiếu máu ác tính Bi-ec-me (Biermer) .

c) Thức quản : Thức quản đẩy thức ăn tứ hong tới dạ dày do phản xạ và do co bóp nhủ động của 2 lớp cơ thức quản .

HỘI CHỨNG CHÍNH TRONG BỆNH THỰC QUẢN .

1/ Nuốt khó: Do viêm, dị vật, bỏng v.v....

2/ Đau : thường đau khi nuốt , nhưng có khi đau liên tục (ví dụ trong ung thư thực quản).

3/ Ợ hoặc nôn do :

- Co thắt tâm vị hoặc thực quản đang ứ đọng thức ăn .
- Hoặc do bệnh trung thất đè ép thực quản .

4/ Nôn ra máu .

- Do thực quản: Thí dụ : dãn tĩnh mạch thực quản
- Hoặc do dạ dày : máu đi qua thực quản .

II.- KHÁM BỤNG .

Nội dung : + Nhìn
+ Nắn
+ Gõ
+ Nghe .

A/ NHÌN: BỆNH NHÂN NẰM NGỬA, NHÌN .

1/ Hình thái chung của bụng : Bình thường không thấy gì đặc biệt .

Bụng nổi vùng lên khi có u, Bụng bè ra 2 bên như bụng ếch uống có nước nhiều ở phúc mạc .

2/ Nhu động ruột thấy rõ rệt khi tắc nghẽn ruột .

3/ Những nhánh tịnh mạch ngoại biên nở ra như đầu bạch tuộc (tỷ dụ trong xơ gan).

4/ Khối u ở thành bụng hoặc ở trong bụng.

B/ NẮN : Quan trọng nhất phải làm có thứ tự nhất định và phương pháp có 2 cách nắn.

1/ Nắn theo vòng tròn từ dưới xuống, dọc theo vòng quay kinh đồng hồ, cuối cùng nắn trên và dưới rốn

2/ Nắn theo từng tầng, nắn dần trước rồi quay phải quay trái

Nắn theo cách này tốt hơn vì thấy rõ hơn một phương pháp làm nắn bụng.

- Nắn khi bàn tay úp liền nhau hoặc nắn một bàn tay.
- Nắn nông trước rồi sau nắn sâu.
- Nắn phải nhẹ nhàng cần thấy xem thử chất bụng cũng nắn ra sao.

Thí dụ : trong viêm phúc mạc thành bụng co cứng (nhất là viêm phúc mạc cấp).

Chú ý phân biệt co cứng bệnh lý đó với co cứng phản xạ vì tay lạnh v.v....

Kết quả :

a) Tìm những điểm đau ở bụng
b) Xem vị trí gan, lách, dạ dày v.v....
c) Có nước ở phúc mạc không

+ U ở ngay vị trí như tạng nào v.v....
+ U di động tự do.

Những hạch là ba những mạng dây chằng và dính như hạch phúc mạc.

C/ GÕ . Vị trí của gan.

Thủ ý phân biệt gan to hoặc gan sa vị trí của lách.

Tìm dấu hiệu Kehr-l.

Dấu hiệu vang đen đường tình thường gặp trong loét dạ dày và tá tràng.

D/ NGHE :

- Bình thường nghe thấy nhu động ruột khó.
- Bệnh lý

α- Nghe nhu động ruột to hơn, rõ hơn thí dụ .- Trong viêm tiểu dại tràng cấp chướng hơi và ỉa lỏng hoặc bị nhiễm độc ruột - Có khi nghe rõ hơn ở một chỗ trong (tắc ruột).

ß- Không nghe thấy nhu động : trong (phúc mạc viêm cấp).

III.- DA DAY .

A/ CHUC PHAN : Có 4 chức phận .

1/ Vận động : nghiền và trộn thức ăn với dịch vị toan
2/ Tiết dịch vị
3/ Dào thải một số chất nhủ : i-ot-ure v.v;.....
4/ Hấp thu : rất ít sinh tố B12 , chất sắt, đường ....

B/ KHA DA DAY .

1/ Hỏi bệnh : Cần hỏi tỉ mỉ

- Tiền sử bệnh bản thân : giang mai, truyền nhiễm v.v....
- Ảnh hưởng theo mùa, thể thức ăn .
- Chế độ sinh hoạt (vật chất, tinh thần)
- Chế độ ăn uống : Nhanh, cay, nóng, lạnh rượu v....
- Rối loạn tiêu hoa .

  + Đầy bụng, đắng miệng .
  + Ăn không ngon, ăn vào sợ đau .
  + Ợ hơi, ợ chua
  + đầy hơi .

- Đau : là triệu chứng quan trọng, chủ yếu .

  + Tranh chất đau ,
  + Vị trí đau : đau cả vùng thượng vị thường do viêm dạ dày .
  + Điểm đau ở bên phải thượng vị ở vùng môn vị tá tràng thường là loét tá tràng .
  + Điểm đau ở cả 2 bên : bên phải và bên trái thượng vị thường là loét dạ dày hoặc viêm tá tràng .
  + Giờ giấc đau : đau của viêm dạ dày : đau trong khi ăn hoặc ngay sau khi ăn .

- Dau cua loet da day : dau ngay sau khi an, sau an 15' , nua gio , mot gio, co the dau ra de nhung an vao van dau .

- Dau cua loet ta trang : hay dau ve dem vi dau luc loi (dau chay, sau khi an 2gio3) hoac ..., va an vao thi do .

- Non mua ... do benh ta day, nhu viem da day, hay mon vi hoac ta trang .

- Chay mau da day hoac chay mau da day ta trang :

Non ra mau, phai xem mau o dau ra ?

Phai xem so luong mau, mau co lan thuc an khong, phan biet non ra mau voi khai huyet , ia ra mau : thuong phan den nhu hac in, phai phan biet phan den vi uong thuoc Bismuth hoac chat sat v.v.. .

2/ Nhin . voi nguoi loet lau nam hay rang ... do ..., sac mat mot, gay .

- Nguoi non nhieu: trang ... mat nuoc (... mon vi) .
- Luoi bu, day dac, gai ne to, thuong bieu hien co nhieu chat toan o dich vi .

- Luoi tron hay it chat toan o dich vi .
- Vung thuong vi , khi co nhieu hoi o da day, vung thuong vi co the cang to do chuong hoi.

3/ Go : tim dau hieu ... dal .

- Go dau don vung thuong vi : co the nghi toi viem da day lan rong .
- Go dau ben phai vung thuong vi : co the nghi toi ton thuong mon vi hanh ta trang .
- Khi da day co nhieu hoi, vung thuong vi co the cang to va go thay vang .

4/ Nan : phai nhe nhang, than trong .

- Nhung diem dau : thi du ... diem thuong vi, diem thai duong, diem ta trang hoac mon vi ta trang v.v....

- Tieng oc ach da day : Nuoc va hoi o da day (hep mon vi) .
- Co co cung : o mot vung roi lan rong dan da day) toan bung (cung nhu go) phuc mac bi kich thich kem theo co the thung da day .

326

Hội chủng thủng dạ dày : thông thường do loét dạ dày (con loét tá tràng hay gây chảy máu) .

Có thể có 2 trường hợp

α- Thủng dạ dày và được bít lại ngay .

α- Thủng dạ dày mở .

a) Thủng dạ dày được bít lại ngay : được mạc treo và phúc mạc bít lại ngay .

Bệnh nhân nặng, mặt hốc hác, mồ hôi, không cử động vì sợ đau, mạch nhanh và nhỏ .

Nhìn : không thấy nhu động bụng .
Gõ : vùng đục gan bình thường
Nắn : vùng tam giác thượng vị rốn, gan có kháng cự và thấy đau .

- Ở những vùng khác cũng đau nhưng nắn vẫn mềm. Nghe nhu động chỉ thấy rất ít ở dưới .

b) Thủng dạ dày mở : nặng, bệnh nhân có giữ tư thế ít đau nhất : co quắp, rên rỉ, mặt xanh , mồ hôi lạnh, mặt hốc hác, đôi khi môi, mũi, tím lưỡi bẩn, đôi khi khô mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ .

Nhìn : không thấy nhu động, không thấy chỗ vồng lên ở bụng .

Nắn : rất đau co khi bệnh nhân không chịu được dù nắn khẽ cũng rất đau .

- Co cứng thành bụng như gỗ : không nắn được khắp bụng .....

Gõ : thường quên trong khi khám. Trường hợp này dạ dày thường có liền hơi sì ra và hơi nhẹ phủ trên mặt gan, do đó gõ thấy tiếng vang vùng gan . Gõ thấy rất đau. Do đó chú ý gõ vùng đục của gan trường hợp đau bụng cấp .

Nghe : không thấy nhu động ở bụng . Chú ý: không được tiêm Morphine .

IV.- RUỘT .

A/ HỎI BỆNH : CHÚ Ý HỎI .

1/ Bệnh bắt đầu từ bao giờ và triệu chứng như thế nào ?
- Tiền sử bệnh .
- Cách ăn uống - ăn có ngon không ?

2/ Đau : triệu chứng tính chất có lan đi đâu không.

- Non mua, met di ngoai, nong rat hau mon, an lan va trang thai phan .

3/ Trang thai toan than : sot, sut can, gay di khong
4/ Trang thai than kinh .
5/ Doi song sinh hoat, kich thich, sac cam .
6/ Benh cua co quan khac
7/ Trieu chung chu quan hien tai cua benh nhan .

B/ NHUNG HOI CHUNG CHINH TRONG BENH RUOT .

1-ia long, 2- tao bon, 3- chuong hoi, 4- dau, 5- chay mau.

1/ ia long co the do :

a) Nhiem lanh gay phan xa than kinh lam nhu dong ruot tang .
b) Roi loan hap thu thuc an qua mang ruot .
c) Viem ruot lam cho nhung tuyen o ruot tiet ra nhieu va gay ra ia long .

Co khi tao bon, phan ran kich thich niem mac dai trang lam cho tiet dich tang gay ia long .

2/ Tao bon .

- Tuy theo tinh chat thuc an
- Tuy theo su van dong cua co the .
- Doi khi tao bon gia
- Roi loan mat can bang cua than kinh thuc vat

3/ Chuong hoi bung :

a) Nhung thuc an co nhieu cellulose (rau) sau khi tieu hoa , gay ra nhieu hoi .

b) Giam cuong tinh niem mac ruot hoac bi liet hap thu duoc it hoi .

Truong hop viem ruot va dong thoi co nuot hoi do do gay ra chuong hoi .

c) U hoi do hep hoac tac ruot .

4/ Dau :

a) Dau ruot do viem hoac roi loan chuc phan .
- Dau tieu trang thuong khong co lien quan den dai tien .
- Dau dai trang thuong truoc hoac khi dai tien .

b) Dau phuc mạc : co vi tri co dinh .
An vào vùng dau thi dau tăng, co khang cu cua co bung .

c) Dau chướng dăn hơi ; khi co chướng hỏi nhiều ở bung . Nếu danh dam hoặc di ngoai dược thi dau giam hoặc mất di .

d) Dau do hep ruột : Bung nổi lên do co bop nhu dong .

5/ Chảy máu ruột : co thể do bệnh dun toc gây nên.

Nếu phân có máu tuoi, co thể thấy ở ung thư hoac trĩ và biểu hiện ở đoạn cuối dai trang, còn máu den thường ở những đoạn ruột trên .

V.- GAN :

Yêu cầu : 1- Khi khám nắn va gõ để sac dinh vi tri gan
2- Nắm vững triệu chứng chinh biểu hiện thương ton gan hoặc dương dẫn mật .

1/ Khám gan :

a) Hoi bệnh : chu y ho nguyên nhân .

- Diều kiện công tac, nghề nghiệp, sinh hoạt
- An uống = an chanh , gia vị, rượu, thuốc la v.v....
- Lam viec trí óc qua sức, cảm suc v.v....
- Bệnh nhiễm trùng hoặc ky sinh trùng .
- Viêm ruột thừa, viêm buồng trứng .
- Chu y hoi bệnh nhân : ngứa nổi mẩn, chảy mau: chay mau cam, dau dưới mang sườn phai v.v....

b) Nhìn : vàng da, nặng có thể thấy hình sao mao mạch ở trên mặt (hoang dam nhiễm trùng hoặc so mật) .

- Da mặt k ô, hơi vàng, màng tiếp hợp hơi vàng (do viêm gan man tinh hoặc sơ gan).

- Nhin bung : mang sườn phai có thể vồng lên chứng to gan to ra .

Đôi khi thấy có trướng hoặc tuần hoàn bàng hệ ở xung quanh rốn hoặc ở 2 mạng sườn hoặc ở hạ vị v.v....

c) Gõ : Cho biết giới hạn bờ trên và bờ dưới gan bình thường bờ trên gần vào khoang liên sườn 4 hoặc 5 .

d) Nắn : thấy bờ gan dưới sắc hoặc không, nắn thấy gan hơi mềm trong gan to ở bệnh tim, trái lại gan rất rắn ở sơ gan và ung thư gan .

Nắn thấy bề mặt gan lổn nhổn những hạt to nhỏ khác nhau : có thể nghĩ đến sơ gan hoặc ung thư gan.

- Nắn bề mặt gan có thể thấy đau (gan tim hoặc áp xe gan) .

- Gan có thể sa hoặc có khi gan bị đẩy lên cao. Trường hợp có nhiều hơi ở dạ trường.

- Khám túi mật :

Nhìn : trường hợp thấy 1 chỗ vồng nhỏ tương ứng với túi mật dãn to .

Nắn : Bảo bệnh nhân hít vào tìm dấu hiệu Murphy .

Những triệu chứng biểu hiện thương tổn gan hoặc suy gan.

2/ Hoàng đản :

a) Vàng da : Nếu hoàng đản ít, mới vàng chỉ thấy ở các Màng tiếp hợp, nếu hoàng đản nhiều, da vàng rất rõ, nước tiểu vàng xẫm .

b) Rối loạn tiêu hóa : ăn kém ngon - Phân thường phai màu nhão, thối và có chất nhầy .

c) Rối loạn nhiễm độc : - Ngứa : đôi khi rất dữ khi hoàng đản kéo dài - tim hơi đập chậm - thường hay mệt nhọc lờ đờ .

3/ Tăng áp lực gánh :, to trướng . Triệu chứng mạch máu có khi biểu hiện :

- Tuần hoàn bàng hệ
- Tĩnh mạch nở to ra .
- Lách to do xung huyết nhiều .
- Chảy máu dạ dày ruột .

4/ Rối loạn tiêu hóa - Nặng bụng :

- Hay táo bón ỉa lỏng xen kẽ .
- Gầy trong những bệnh gan mạn tính .

4/ Rối loạn máu và mạch

- Suy gan nặng dễ bị chảy máu nhủ .

Chảy máu cam tại phát, nôn ra máu, chảy máu ruột .

5/ Rối loạn thần kinh .

Nhẹ : nức đầu mệt nhọc, thay đổi tính tình .
Nặng: lô đờ, mê sảng, đôi khi co giật, thường tiến triển cuối cùng đến hôn mê .

6/ Những triệu chứng biểu hiện thường tổn đường dẫn mật .

- Rối loạn tiểu hoa như ở suy gan nhưng nhiều hơn .
- Thường co dau
- Ngoài ra co 2 yếu tố nguyên nhân hay gặp là sỏi mật và nhiễm trùng .

a) Triệu chứng sỏi mật : có thể đau nhẹ hoặc thành cơn dữ dội .

b) Sau túi mật . Đau vùng túi mật đôi khi dữ dội từng lúc hoặc đau liên tục xuyên ra cột sống hoặc lên vai phải .

- Đau tăng khi mệt nhọc, khi có sức hoặc khi ăn một vài thức ăn như trứng mỡ .....

c) Đau bụng gan , Đau dữ dội, đau quanh mạng sườn phải và lan lên vai phải + cơn đau có thể kèm theo nôn mửa thức ăn hoặc mật, sốt khi có sốt. Nếu còn đau kéo dài có thể xuất hiện hoàng đản nhẹ .

d) Hoàng đản do u mật : thường kèm phân bạc màu hoàn toàn và đôi khi có sốt .

7/ Triệu chứng nhiễm trùng : No là yếu tố của viêm túi mật và viêm đường dẫn mật .

- Nhiễm trùng mật biểu hiện bởi những cơn sốt giống như cơn sốt rét, đôi khi sốt liên tục không đều nhưng thường thì có những cơn cách quãng .

- Những rối loạn tiêu hoa nhiều có thể làm bệnh nhân gầy sút nhanh chóng .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Sv. Hồng
A1

31, 10, 63

CACH KHAM BO MAY TUAN HOAN

=-=0=0=0=0=0=0=0=0=-

Khi khám một bệnh nhân nếu thấy có những rối loạn chức [illegible] thuộc bộ máy tuần hoàn thì phải chú ý và khám như sau.

Khám có 2 phần :

1- Tìm triệu chứng chức phận bằng hỏi bệnh nhân.

2- Tìm triệu chứng thực thể bằng cách khám tỉ mỉ, có hệ thống

I.- HOI BENH .

1/ Phương pháp hỏi : vừa nghe vừa hướng bệnh nhân theo ý mình muốn biết

Chú ý : thái độ trong khi hỏi : tập trung tư tưởng. theo rõi bệnh nhân trình bày, thái độ nghiêm túc

2/ Nội dung hỏi .

a) Lý do chính bệnh nhân đi khám bệnh

b) Diễn biến của bệnh , chú ý khêu gợi bệnh nhân nói lên các dấu hiệu chức phận của bệnh tim như khó thở, trong ngực, đau vùng trước tim, phù nề, ho ra máu .

c) Tiền sử bệnh. Nếu là bệnh tim hay phát chú ý khêu gợi bệnh nhân về thấp khớp cấp, viêm họng .

II.- KHAM BENH .

1/ Tư thế y sinh

- Khám nội chung y sinh đứng bên phải bệnh nhân.

- Khám tim mạch : y sinh đứng ben trái bệnh nhân để tiện nghe tim

2/ Nguyên tắc khám :

a) Khám toàn diện

b) Khám tỉ mỉ, thứ tự nhất là các bộ phận nghi vấn.

c) Không làm cho bệnh nhân mệt mỏi .

d) Cần có I số dụng cụ tối thiểu khi khám bệnh .

- Đè lưỡi
- Búa phản xạ
- Kim tìm phản xạ
- Huyết áp kế

- Ống nghe
Thước dây [illegible]
- Nhiệt kế
- Đồng hồ .

334

3/ Khám .

a) Khám toàn thân :

+ Bệnh nhân gầy hay béo .
+ Tình trạng bệnh : nặng hay nhẹ
+ Tỉnh táo hay mệt mỏi
+ Tư thế có dị trạng không .
+ Da và niêm mạc: mầu sắc (xanh tím, tái nhợt, vàng ....) ví dụ mặt đỏ có thể do tăng huyết áp, 2 má đỏ có thể là phế viêm, vàng da có thể viêm gan, tím môi có thể là suy tim.

+ Hệ thống hạch bạch huyết
+ Cơ xương .

b) Tiêu hóa :

+ Mồm : răng , lợi, lưỡi, họng .
+ Gan : bờ trên (bình thường ở gian sườn 5) .
bờ dưới (trên đường vú không nhô quá bờ sườn) .
Mặt gan thế nào, ấn có đau không .
+ Bụng : để tránh bỏ sót nên khám theo chiều kim đồng hồ .

c) Tuần hoàn :

- Mạch :
+ Mạch, nếu loạn nhịp thì phải kết hợp với nghe.
+ Huyết áp .
+ Quan sát tĩnh mạch cổ có nổi, có đập không?

- Tim :
+ Nhìn : vùng trước tim có biến dạng không .
+ Sờ : xác định mỏm tim, xem có rung miêu không .

Bình thường mỏm tim đập ở liên sườn 5 bên trái trong đường vú 2 phân .

+ Gõ : (cách gõ sẽ giới thiệu ở lâm sàng).
+ Nghe . nghe ở các huyệt và nghe ở 3 tư thế (nằm ngửa, nằm nghiêng, ngồi), khi nghe phải chú ý, nghe kỹ không nên vội vàng .

Nếu trường hợp nghi ngờ cho bệnh nhân vận động tại chỗ (ngồi lên nằm xuống 5 lần) rồi nghe .

d) Hô hấp :

. Nhìn
. Sờ
. Gõ
. Nghe .

- Khi nghe cần bảo bệnh nhân thở mạnh, thở xấu, ho. Bệnh ti thường hay gây xung huyết phổi, phải chú nghe xem có ran ướt không .

e) Tiết niệu :

+ Gõ vùng thận tìm dấu hiệu đau .
+ Sờ thận bằng hai tay (1 tay để ở lỏ phán, tay ở bụng xem thận có to, có di động không .
+ Sờ bàng quang, tìm điểm đau niệu quản

g) Sinh dục : nên khám sau cùng

h) Thần kinh :

i) Da liễu, tứ chi: chú y tìm xem có phù n. không .

k) Chuyên khoa .

XXXX[illegible]XXXX

HỒNG A

337

TRIỆU CHỨNG HỌC VỀ TUẦN HOÀN

=0=0=0=0=0=0=0=0=0=0=

Triệu chứng học về tuần hoàn rất phong phú và phức tạp, nhưng trong bài này chỉ nói về một số triệu chứng chính thường gặp trong bệnh tim mà thôi.

Nội dung gồm có :
  1- Triệu chứng chức phận
  2- Triệu chứng thực thể.

TRIỆU CHỨNG CHỨC NĂNG BỆNH TIM

Triệu chứng chức phận chính của bệnh tim gồm có :

1- Khó thở
2- Đau trong ngực
3- Đau vùng trước tim
4- Xanh tím
5- Phù nề.

I.- KHÓ THỞ :

Khó thở không phải chỉ gặp trong bệnh tim mà còn gặp trong nhiều bệnh khác, bài này chỉ nói đến khó thở trong phạm vi bệnh tim.

Khó thở là một triệu chứng thông thường trong các bệnh tim xuất hiện : - Sớm
- Nhanh đột ngột
- từng cơn
- hoặc thường xuyên.

Tùy theo trình độ và trạng thái của bệnh, như trong các bệnh : - Dãn tim cấp.
- Huyết [illegible]
- Phù phổi cấp (C [illegible] D
- Huyết tắc [illegible]
- Viêm màng ngoài tim.

Khó thở phân ra làm 2 trình độ.
- Khó thở khi hoạt động.
- Khó thở khi nghỉ hoặc thường xuyên.

A/ KHÓ THỞ KHI HOẠT ĐỘNG :

Khi khi chạy, lên thang gác, người bình thường cũng có khi khó thở vì cố sức, nhưng người đau tim chóng khó thở hơn, chỉ lên một hai bậc thang gác, hoặc chạy 10-15 thước đã khó thở rồi. Vì lơn khó thở của người bị bệnh tim [illegible]

Đây cũng là triệu chứng sớm của bệnh tim và báo hiệu [illegible] tim sắp suy.

B/ KHÓ THỞ KHI NGHỈ HOẶC THƯỜNG XUYÊN.

Nghĩa là không lao động cũng [illegible] là một triệu chứng [illegible]

Benh nhan nam la kho tho nen phai ngoi, neu co nam thi phai nam dau cao "tu the fowler" , moi chiu duoc , co khi phai phu fuc nhu nguoi le phat "benh viem mang ngoai tim co tran dich" .

Co khi dang dem benh nhan phai ngoi giay noi tho duoc, co hai truong hop hay xay ra nhu vay .

- Mot la ! Xuyen tim "asthme cardiaque" la mot trieu chung suy tim trai hay say ra ve ban dem khac voi benh xuyen la : tho nhanh, ngan, khong co ren ngay va ren rit o phoi .

- Hai la : Phu phoi cap "O A P " Benh nhan rat so hai, bieu hien ro la mot nguoi bi ngat tho, co nhieu ren no o phoi, don giai ra nhieu co bot mau hong :

Con tinh trang kho tho lien tuc thuong xuyen thuong dien ra o nguoi suy tim, tim mat bu, .

Kho tho dot ngot hay truong dien o benh nhan tim la mot trieu chung bieu hien su u huyet o phoi va ngoai vi, vi tim bi suy khong bao dam duoc si luu thong mau binh thuong .

II.- DANH TRONG NGUC .

Danh trong nguc la tim dap manh, nhanh, benh nhan kho chiu, co khi co cam giac nhu kho tho, dau nguc nhat la sau khi an hoac hoat dong manh mot chut, nhin thanh nguc cung thay ro nhip tim dap .

Chu y la : danh trong nguc khong nhat thiet la trieu chung cua benh tim, o nguoi binh thuong cung co the danh trong nguc nhu:

- Nguoi hay cam xuc .
- Tuoi giay thi, moi on giay v.v...

O cac benh khac , nhu :

- Nhiem trung, thuong han, phe viem
- Nhiem doc : thuoc la, ca phe
- Thieu mau, te phu .....

O benh tim :

1/ Roi loan than kinh tim, trieu chung chinh la danh trong nguc .

2/ Loan nhip tim , thi co :

a) Loan nhip ngoai tam thu, tim dang dap deu co mot nhip nhanh roi ngung lai mot ti roi lai dap deu.

b) Loan nhip hoan toan , khi dap nhanh khi dap cham, khi dap manh khi dap yeu, kho lay mach va nghe tim cung rat kho .

c) Con nhip nhanh, goi la "con Borveret" tim dap nhanh deu, xuat hien dot ngot va het cung dot ngot, 140 den 200 cai mot phut .

3/ Cac benh van tim .

Trieu chung nay cung la trieu chung bao hieu tim bat dau sap bi suy .

III.- ĐAU VÙNG TRƯỚC TIM :

Cần phải phân biệt với cảm nhận nơi chung đau vùng trước tim không nhất thiết do tim mà do nhiều nguyên nhân khác ngoài tim như .

- Bệnh đau giây thần kinh liên sườn .
- Đau xương sườn, đau cơ, đau da ngực .
- Bệnh ở phổi .
- Bệnh zona do siêu vi trùng làm tổn thương giây thần kinh thường kèm theo nốt phỏng ở các khu vực giây thần kinh bị tổn thương .

Vì nguyên nhân của tim thì đồng thời có những triệu chứng của tim, như :

- Tức ngực, khó thở, và cuồn cuộn đau xuống ... lan, hay đau ở mỏm tim và nhấn nhay như co giật cơn .
- Bệnh nhân có thể đau từng cơn điển hình như là cơn thắt tim và cơn đau giữ dội, liên tục do thiếu máu ở tâm cơ, thì có :

a) Cơn thắt tim : Do co thắt động mạch vành, hoặc do cứng động mạch vành, tính chất đau :

- Xảy ra đột ngột và hết cũng đột ngột .
- Đau sau xương ức lan lên vai trái ra phía trong tay trái đến ngón tay út .
- Cho ngửi Nitrit d'amyle thì đỡ .

b) Tắc mạu tâm cơ : Do thiếu máu trong tâm cơ làm một vùng tâm cơ bị hoại tử, chủ yếu là tắc nghẽn mạch vành, do cứng động mạch vành phần lớn ở người già "60 - 90" tính chất đau :

- Cơn đau kéo dài trên 30 phút đến hàng giờ.
- It lan hoặc không lan,
- Huyết áp hạ, toàn thân bị suy yếu .
- Cho ngửi Nitrit d'amyle không đỡ .

c) Những cơn đau nhẹ và thoáng xuyên thường, ở những bệnh như :

- Rối loạn thần kinh tim ,
- Viêm màng ngoài tim
- Bệnh van tim nhất là bệnh hẹp, hở van động mạch chủ .
- Loạn nhịp nhanh, ngoại tâm thu .

IV.- CHỨNG XANH TIM :

Xanh tím là một triệu chứng, có giá trị của suy tim và một số bệnh tim tiên thiên khác .

Trường hợp nhẹ chỉ có môi hơi tím, nặng hơn nữa thì các đầu ngón chân, ngón tay đều bị tím, có những tình trạng toàn thân bệnh nhân bị tím như trong một số bệnh tim tiên thiên gọi là bệnh xanh tím

Xanh tím là vì có nhiều huyết sắc tố bị khử mất oxy như trong bệnh fallot. Máu tĩnh mạch hòa lẫn vào động mạch, huyết sắc tố mất oxy tăng trong máu gây nên xanh tím .

Trong suy tim, máu ứ lại ở các mao quản, ngoại biên nên các tế bào có nhiều thời gian hút hết Oxy của huyết sắc tố làm cho huyết sắc tố mất Oxy tăng trong máu.

Chứng xanh tím còn thấy trong các bệnh: phổi cấp hay kinh, do sự lưu thông không khí ở bộ máy hô hấp bị giảm, dưỡng khí (Oxygen) vào phổi ít làm cho huyết sắc tố mất Oxy tăng trong máu gây nên xanh tím.

Vậy chứng xanh tím là do huyết sắc tố trong máu bị thiếu Oxy hói.

- Hệ thống tuần hoàn bị ngưng trệ do : suy tim,
- Máu hệ thống tĩnh mạch thông với hệ thống động mạch như bệnh fallot,
- Sự ngưng trệ của bộ máy hô hấp.

V.- CHỨNG PHÙ NỀ :

Chứng phù nề ngoài bệnh tim, phù nề còn gặp trong một số bệnh khác như :

- Bệnh thận
- Sơ gan
- Tê phù.

Mỗi trường hợp phù nề đều có kèm theo hội chứng của bệnh.

Phù do tim, thường là phù nhẹ, hay phù nhiều nhất là 2 mi mắt, 2 mắt cá chân, và phù tím, phù xuất hiện trong các đợt suy tim.

Thường là do suy tim phải, ứ máu ngoại biên, tuần hoàn bị ngưng trệ, máu ứ đọng lại, thoát huyết thanh ra ngoài gian bào, gây phù.

Máu qua thận ít, nên thận bài tiết nước cũng ít, cũng gây nên phù.

\+ + +

TRIEU CHUNG THUC THE BENH TIM

Chủ yếu là nghe tim.

I.- PHƯƠNG PHÁP NGHE TIM :

1/ Tư thế của Y sinh : ngồi bên trái bệnh nhân vì đây là vị trí của tim và khi bệnh nhân nằm nghiêng bên trái cũng thuận tiện hơn.

2/ Tư thế của bệnh nhân. ngồi, nằm ngửa, nằm nghiêng bên trái.

3/ Thời gian nghe : nên nghe xa bữa ăn chính xác hơn.

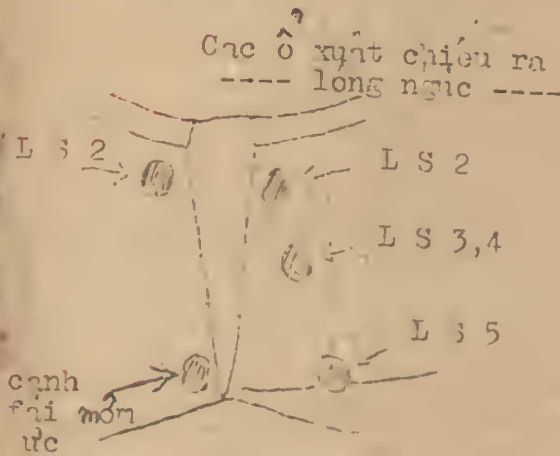
- Cần phải nghe lâu từ 10 đến 15 phút mới phân định được chính xác.

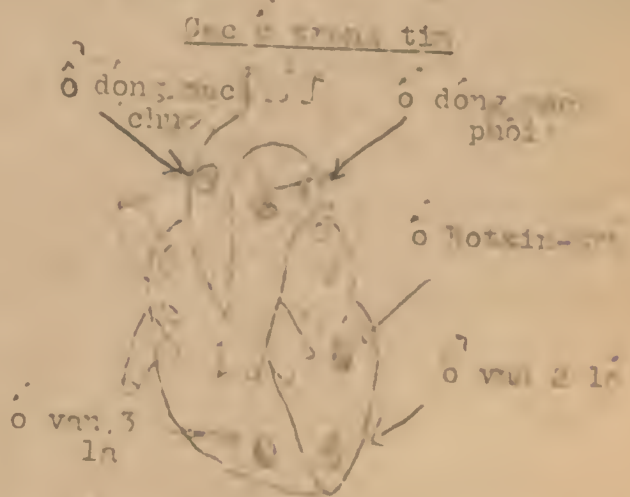
4/ Phương tiện nghe : Nghe trực tiếp, áp tai vào ngực bệnh nhân.

- Ống nghe, kim khi dài 15 phân

+ Ông cao su dài 55 phân
+ Tôn rộng 8 1/
+ Lon rộng 2,5 đến 3cm .

5/ Cac ô chinh để nghe :





- Ngoài cac ô chinh noi trên còn phải nghe thêm ở ô khac như :

+ Trên mỏm .lon và hõm ... có đi nghe tiếng thổi của bệnh hẹp eo động mạch chủ .

+ Dưới xuôn đòn trái, để nghe ... tiếng liên tục của bệnh tồn tại ống động mạch .

+ Nghe sau lưng, phần trai (hẹp eo động mạch chủ);

+ Nghe cum động mạch dưới (ô động mạch cảnh).

II.- CAC TIẾNG TIM :

Một chu chuyển của tim có 2 tiếng, tiếng thứ nhất và tiếng thứ hai "pùm .... tác ..... pùm ..... tác .
(1) (2) (1) (2)

A/ THAY DOI CUONG DO TIENG TIM .

1/ Thay đổi cường độ cả 2 tiếng :

Nếu cả 2 tiếng cùng mạnh , là :

- Tim bị kích thích do : cảm động, sau khi lao động nặng, thể thao thể dục .
- Trong nhiều bệnh sốt .

Nếu cả 2 tiếng cùng yếu, là :

- Viêm cơ tim
- Cơ tim bị suy,
- Viêm màng ngoài tim có tràn dịch.
- Béo phì .....

2/ Thay đổi cường độ tiếng thứ nhất

342

Mạnh trong các bệnh .
- Hẹp lỗ van 2 lá
- Basedow
- Rối loạn thần kinh tim

Yếu trong các bệnh :
- Viêm màng trong tim cấp
- Choang
- Tạc mau tâm cổ
- Tam cổ bị suy .

Khi mạnh khi yếu : trong các bệnh :
- Loạn nhịp hoàn toàn
- Loạn nhịp ngoài tâm thu .

3/ Thay đổi cường độ tiếng thứ hai :

Ở ổ động mạch chủ :
- Yếu trong bệnh - viêm màng trong tim cấp
- Mạch trong bệnh - tăng huyết áp .

Ở ổ động mạch phổi (hình thường cũng mạnh hơn ở ổ động mạch chủ).
- Thường tăng trong bệnh hẹp van 2 lá (xem phần bệnh học).

4/ Tiếng thứ nhất tách đôi :

Thường nghe thấy ở mỏm tim do :

- Hai van nhĩ thất đóng không đều, vì một tâm thất bị dãn hoặc bị nghẽn thần kinh dẫn truyền ở tim ví dụ : trong bệnh hở van 2 lá thất trái bị dãn .

5/ Tiếng thứ hai tách đôi Thường nghe thấy ở đáy Tim pùm tr-ac , hoặc pùm tắc .... tắc, là do 2 van tổ en đóng không đồng đều trong bệnh hẹp 2 lá, hoặc do van 2 lá bị dày cứng, khi tim nghỉ van mở ra thành một tiếng sau tiếng thứ 2 (pùm .... tắc tắc) .

B/ CAC TIENG THOI :

1/ Tiếng thổi tâm thu :

Là một tiếng thổi ở thì tâm thất bóp nghe thấy ở giữa tiếng thứ nhất và tiếng thứ hai .

a) Tiếng thổi ở mỏm tim

- Nếu ở van 2 lá là bệnh hở van 2 lá , tiếng thổi to như phụt hơi và lan ra phía nách .

- Nếu ở ổ van 3 lá là van 3 lá bị hở .

b) Tiếng thổi ở đáy tim .

- Nếu ở ổ van động mạch chủ là hẹp van động mạch chủ
- Nếu ở ổ van động mạch phổi là do hẹp van động mạch phổi, tiếng thổi thô giáp và lan lên trên xương đòn .

c) Tiếng thổi ở giữa tim, mạnh lan tủ phía như nan hoa của bệnh thông liên thất

Ngoài ra còn có tiếng thổi tâm thu không thực của bệnh tim, như thiếu máu v.v... tiếng thổi có thể ở đáy hoặc ở mỏm tim nhưng không lan và thay đổi tùy thế bệnh nhân, thì tiếng thổi cũng thay đổi hoặc mất.

2/ Tiếng thổi tâm trương.

Là một tiếng thổi ở thì tim nghỉ, nghe thấy ở tiếng thứ hai.

a) Tiếng thổi ở mỏm tim.

- Nếu ở ổ van 2 lá là van 2 lá bị hẹp tiếng thổi thô ráp, có gờn, lan ra nách.

- Nếu ở ổ van 3 lá là do van 3 lá bị hẹp.

b) Tiếng thổi ở đáy tim.

- Nếu ở ổ van động mạch chủ là van động mạch chủ bị hở.

- Nếu ở ổ van động mạch phổi là van động mạch phổi bị hở, trong bệnh ở van động mạch chủ tiếng thổi lan theo cạnh ức trái, từ ổ động mạch chủ xuống ổ van 2 lá tiếng thổi êm như gió, thổi nhẹ, rõ nhất ở ổ Bot-kin-Erb.

Tiếng thổi tâm trương ở đáy tim của bệnh hở van động mạch chủ, thường kèm theo tiếng thổi tâm thu (1/3), tạo thành tiếng thổi kép của hở van động mạch chủ.

3/ Tiếng thổi liên tục.

Là một tiếng thổi kéo dài cả thì tâm thu và thì tâm trương, ở ổ động mạch phổi, của bệnh tồn tại ống động mạch, (ù ù ù... ù ù ù), khác với tiếng thổi kép của bệnh hở van động mạch chủ là (phù ... phù ....).

4/ Tiếng thổi trước tâm thu (còn gọi là tiếng thổi tiền tâm thu).

Tiếng thổi này của bệnh hẹp van 2 lá, rất khó nghe, nếu không nghe quen rất dễ nhầm với tiếng thổi tâm thu, "khi tưởng tượng nói cụ thể hơn" tiếng thổi này bắt đầu ở cuối thì tâm trương và kết thúc bằng tiếng thứ nhất "ù u phụt ... tắc ... ù u phụt ... tắc".

III.- KẾT LUẬN.

Nghe tim rất quan trọng trong việc chẩn đoán bệnh tim, đặc biệt là đối với các bệnh van tim.

Nghe tim phải :

- Thận trọng không vội vã,
- Phân tích tỉ mỷ
- Nghe nhiều lần.

Để bảo đảm mức độ chính xác và đánh giá đúng mức các triệu chứng, đồng thời phải nắm vững triệu chứng học và bệnh lý học của bệnh tim, mới nhận định được tốt các triệu chứng khi nghe.

+
+ +

BANG TOM TAT CAC TIENG THOI

Loại tiếng thổi		Các vị trí nghe	Là bệnh	Đặc điểm chính
Tiếng thổi tâm thu	Nghe thấy ở	Ổ mỏm tim	Hở van 2 lá	-lan ra nách - Mạnh như fụt hơi.
		Ổ van 3 lá	Hở van 3 lá	-lan theo tâm thất phải. - êm hơn.
		Ổ ổ động-mạch phổi	Hẹp lỗ động mạch phổi.	-lan lên phía dưới xuống đòn trái. - Thường mạnh, thô.
		Vùng giữa tim	-Bệnh fallot - Bệnh Roger "thông liên thất).	- Thô, ít lan - Mạnh lan theo chiều nan hoa
Tiếng thổi tâm chuồng	Nghe thấy ở	Ổ đáy tim và ổ Bot-kin-Erb.	-Hở van động mạch chủ.	-lan theo chiều giây deo, -Kèm theo thổi tâm thu thô.
		Mỏm tim	Hẹp van 2 lá	- thô, trầm - Lan ra nách
Tiếng thổi tân thu	Nghe ở	Ổ mỏm tim	Hẹp van 2 lá	- Mạnh lên và kết thúc bằng tiếng thứ nhất

XOXOXOXOXOXOXOXOXOXOXOXOXOXOXOXOXOXOXOX

S U Y T I M

= =:-:-:=

I.- DINH NGHIA .

Suy tim là tim không đủ sức bảo đảm máu cho nhu cầu cơ thể . Là một hội chứng, không phải là 1 bệnh . Là một trong những nguyên nhân tử vong cao .

II.- NGUYEN NHAN .

Có 3 loại nguyên nhân .

1/ Nguyên nhân thuộc về tim :

a) Các bệnh van tim hay gặp nhất .
b) Viêm ngoại tâm mạc .
c) Viêm nội tâm mạc .
d) Viêm tâm cơ , do các bệnh nhiễm trùng, như thương hàn, bạch hầu, phế viêm hoặc do nhiễm độc như viêm thần kinh ....

2/ Nguyên nhân tại huyết quản .

a) Tăng huyết áp
b) Tắc động mạch phổi
c) Tổn thương động mạch vành..

3/ Nguyên nhân ngoài tim mạch :

a) Viêm tiểu phế quản
b) Sơ chai phổi, lao sơ hổi, tràn khí hoặc tràn dịch phế mạc cấp .
c) Thiếu máu , thiếu sinh tố .

Nguyên nhân thuận lợi :

- Lao lực quá sức .
- Giai đoạn đặc xuất hiện ở phụ nữ là thời kỳ kinh nguyệt, chửa đẻ . .
- Đợt tiến triển của thấp khớp cấp .

III.- GIAI PHAU BENH LY .

- Tim : rắn to, mềm nhũn, để trên bàn thấy sẹp. Có hiện tượng phù nề ở cơ tim.

- Các phủ tạng có sung huyết, phù nề , lá hầu quả của ứ huyết rõ ràng hơn, thấy có tràn dịch ở phế mạc, phúc tâm mạc .

hư thể .

Phổi bầy ứ máu, nước.
Gan to, có vân như hạt cau.
Não : phù nề.
Dạ dày, ruột : phù nề.
Tĩnh mạch căng và có máu cục.

IV.- TRIỆU CHỨNG.

Về phân loại suy tim, chia làm 3 loại :

- Suy tim trái
- Suy tim phải
- Suy tim toàn bộ.

Mỗi loại có những đặc điểm riêng về triệu chứng học. Chúng tôi sẽ trình bày từng loại.

A/ SUY TIM TRÁI.

1/ Triệu chứng cơ năng : khó thở và ho. Lúc đầu chỉ khi gắng sức mới khó thở và ho, về sau nằm cũng khó thở. Khó thở có khi đến dần dần, có khi đến thành cơn, ho có thể khạc ra một ít đờm màu đỏ.

Cơn khó thở có thể đến vào ban đêm giống như một cơn hen; cũng khò khè, trước ngực như có vật gì chẹn bóp cổ, nghe phổi cũng có rên khô, rên ướt.

Cơn khó thở có thể đến đột ngột gây phù phổi cấp : bệnh nhân sợ hãi, lo lắng, rất khó thở và ho sặc sụa, khạc ra lờ bọt hồng, nghe phổi thấy rên ướt dâng lên như nước thủy triều, tình trạng bệnh nhân rất nguy ngập đòi hỏi phải cấp cứu rất khẩn cấp.

2/ Triệu chứng thực thể :

- Nghe thấy tim đập nhanh, tiếng tim nhỏ có thể thấy tiếng ngựa phi, tiếng thổi tâm thu ở mỏm.
- Mạch đều có khi nhịp đôi :
- Huyết áp tối đa giảm, tối thiểu bình thường.

Chiếu X quang : thấy tim trái rấn to, phổi bị mờ nhất là vùng rốn phổi.

Tóm lại, các triệu chứng suy tim trái nổi bật lên là các triệu chứng ở phổi vì nó gây ứ máu ở phổi.

B/ SUY TIM PHẢI.

1/ Triệu chứng cơ năng :

+ Mỏi tim.

+ Khó thở.

2/ Triệu chứng thực tổn:

- Tĩnh mạch cổ to và di động.
- Gan to. Lúc đầu gan còn mềm, đau, tức. Nhưng dần về sau sờ đi nên cứng và điều trị cũng không nhỏ lại, vẫn tức và đau.
- Phù: lúc đầu phù ở mắt cá chân, ở bụng chân rồi lên bụng, ngực, các hốc thanh mạc như phế mạc....
- Phổi có nhiều ran ướt ở hai nền phổi và phù thũng.
- Mạch đập nhanh.
  Huyết áp tối đa hạ, tối thiểu tăng.

X quang: thấy tim phải to ra.

+ [illegible].

Tóm lại triệu chứng chính là ứ máu ở ngoại biên mà biểu hiện là gan to và phù thũng.

C/ SUY TIM TOÀN THỂ.

Là bản bệnh án của suy tim phải thể nặng và suy tim trái.
X quang: thấy tim rộng toàn bộ.

V.- ĐOÁN BỆNH: Dựa vào.

Trên 1 người có bệnh tim thấy xuất hiện các triệu chứng trên nhất là có khó thở, phù nề, gan to.

VI.- ĐIỀU TRỊ.

1/ Nghỉ ngơi hoàn toàn. Phải tránh suy nghĩ nhiều. Bệnh nhân nên đi lại trong buồng bệnh hoặc đi chơi trong thể, trừ trường hợp suy tim rất nặng.

2/ Ăn những thức ăn dễ tiêu, nên ăn làm nhiều bữa. Không uống rượu, cà phê, nước chè, không hút thuốc lá, không ăn gia vị, ăn những chất nhiều sinh tố.

3/ Thuốc:

a) Thuốc trợ tim mạch:

+ Digitoxine hoặc digitale hoặc Digitaline. Ouabaine.
+ Coramine, spartéine, camphre.

b) Thuốc an thần.

NOI 2. Suy tin .

+ Bromure de Na
+ Passiflore
+ Tế valeriane .

c) Sinh tố : B1 ; C .

(Cách dùng theo phác đồ điều trị).

VII.- DỀ PHÒNG SUY TIM .

Dề phòng suy tim có một tầm rất quan trọng cho đời sống bệnh nhân tim, cho nên đối với những bệnh nhân tim tùy theo loại bệnh mà ta quy định công tác, điều kiện làm việc; ví dụ như bệnh hẹp van tăng mạo, không được làm lao động nặng, không được ở trong bộ đội, nếu là cán bộ cần thiết thì phải ở các cơ quan hậu phương .

Việc đề phòng các bệnh nhiễm trùng xảy ra trên 1 bệnh nhân tim cũng có 1 ý nghĩa đặc biệt quan trọng, vì bệnh nhiễm trùng dù nhẹ như cúm cũng làm cho tim chóng đi đến giai đoạn suy, vì nó làm tăng thêm gánh nặng cho tim .

\+ + +

GHI CHÚ :

Ouabaine có thể dùng rồi lại cho uống digitaline vì ouabaine không gây tích lũy trong người . Nhưng không được dùng digitaline rồi lại dùng ngay ouabaine , vì digitaline gây tích lũy trong người dùng như vậy rất nguy hiểm . Muốn dùng tiếp ouabaine, phải nghỉ vài ngày .

\+ + +

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUY TIM
=0=0=0=0=0=0=0=0=

I.- TRÌNH ĐỘ SUY TIM .

Có 3 trình độ :

A/ ĐỘ I :

Khi nghỉ, ngồi không tức thở, khi vận động mạnh sức thở , có vài triệu chứng chủ quan như mau mệt, trong ngực nhưng chưa có triệu chứng thực thể về suy tim .

B/ ĐỘ II :

Chia làm 2 bậc :

- Bậc II_A : tức thở và triệu chứng chủ quan như suy tim độ I nhưng kèm theo triệu chứng thực thể nhẹ .

Buổi chiều nề mắt cá chân
Da hơi xanh, tím ở môi
Phổi có rên ướt .
Gan hơi to .

Các triệu chứng thực thể không nhất thiết phải đầy đủ .

- Bậc II_B : khi vận động bệnh nhân tức thở, các triệu chứng chủ quan nhiều và rõ rệt hơn (tức ngực, đau vùng gan, mệt, hồi hộp) triệu chứng thực thể như II_A nhưng đầy đủ rõ rệt hơn .

C/ ĐỘ III .

Các triệu chứng chủ quan, khách quan như suy tim II_B nhưng ở trình độ nặng hơn như có chướng tràn dịch phế mạc, phù toàn thân, gan rất to, khó thở nhanh .

Thường kèm theo thương tổn cơ quan khác : sơ gan, bệnh ở thận, suy mòn cơ thể .

II.- SỰ TRỊ SUY TIM .

A/ SUY TIM ĐỘ I :

- Nghỉ ngơi, vận động nhẹ, hộ lý bậc III (bệnh nhân đi lại tự làm lấy các việc cần thiết cho bản thân).

- Thuốc mỗi tuần uống 2 ngày liền, mỗi ngày 2 viên digitoxine 1/10 mg .

B/ SUY TIM ĐỘ II.

Bậc II_A : nghỉ ngơi hộ lý bậc II , ăn uống : ăn nhạt, uống nước vừa đủ 800cc .

Thuốc : mỗi ngày uống 2 viên digitoxine 1/10 mg . Sau 6 ngày nếu đỡ thì dùng liều suy tim độ 1 để củng cố .

Bậc II_B : nghỉ ngơi hoàn toàn . Hộ lý bậc I . Ăn nhạt; uống ít nước khoảng 400 - 500cc , thuốc : ngày thứ nhất tiêm 1 ống novurit 10% tiêm bắp thịt , ngày thứ 2,3,4,5,6,7,8 cho 2 digitoxine 1/10 mg .

~Sau 8 ngày nếu đỡ nhiều tiếp tục bằng phác đồ suy tim II_A. Nếu đỡ ít thì tiếp tục phác đồ suy tim II_B .

C/ SUY TIM ĐỘ III .

- Nghỉ ngơi tuyệt đối, hộ lý bậc I .
Ăn nhạt tuyệt đối . Uống ít nước . Ăn lỏng .

- Thuốc : ngày thứ 1' : Novurit 10% 1cc tiêm bắp .
  ------ 2,3 : digitoxine 2 viên 1/10 mg .
  ------ 4, : Novurit 10% 1cc tiêm bắp
  ------ 5,6 : digitoxine 2 viên .
  ------ 7, : Novurit 10% 1cc tiêm bắp
  ------ 8,9 : digitoxine 2 viên uống .

Hết ngày thứ 9 nếu đỡ nhiều thì tiếp tục bằng phác đồ suy tim II_A , nếu đỡ ít thì dùng phác đồ II_B .

CHÚ THÍCH ;

1/ 1 viên digitoxine 1/10 mg bằng 5 giọt digitaline Nativelle 1‰ hoặc bằng 10 giọt digitoxine .

2/ Nếu dùng digitoxine kéo dài phải theo rõi bệnh nhân vì có thể ngộ độc . Biểu hiện ngộ độc : nôn, buồn nôn, nhịp chậm . Lúc đó ngừng thuốc ngay và tiêm .

Cafeine 0,25 x 2 - 3 ống dưới da ,

Sulgate d'atropine 1/4 mg x 1 ống dưới da . Tiêm 2 - 3 lần trong 1 ngày .

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

HỒNG AI

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Bệnh tăng huyết áp là một bệnh về động mạch và tăng huyết áp còn là triệu chứng của một số bệnh khác .

Khi nào gọi là tăng huyết áp .

- Bình thường huyết áp trung bình .

Nhân dân $\frac{105}{65}$ đến $\frac{110}{70}$

Bộ đội $\frac{120}{75}$ den $\frac{130}{85}$

Có 2 tỷ lệ cần nhớ :

1/ Số tối thiểu = $\frac{\text{số tối đa}}{2}$ + 10 hoặc 20

Ví dụ : số tối đa = 140 , thì số tối thiểu phải bằng : $\frac{140}{2}$ + (10 hoặc 20) = 80 hoặc 90.

2/ Số huyết áp chênh lệch giữa tối đa và tối thiểu = số tối thiểu trừ 10 - hoặc 20 .

Ví dụ : số tối đa 140, số tối thiểu 80, số huyết áp chênh lệch = (140 - 80 = 60) fải là 80 - 10 hoặc 20 = 70 hoặc 60 .

- Bệnh cao huyết áp khi Huyết áp trên 140 ở người trẻ và trên $\frac{170}{95}$, ở người già .

I.- NGUYÊN NHÂN :

Phần nhiều không có nguyên nhân gì rõ rệt đó là bệnh tăng huyết áp, chỉ có một số ít có - nguyên nhân rõ rệt thì tăng huyết áp chỉ là triệu chứng của một bệnh khác gây nên.

Vậy bệnh tăng Huyết áp có hai loại, loại không có nguyên nhân gọi là tăng Huyết áp đơn thuần .

Loại có nguyên nhân gọi là tăng huyết áp triệu chứng .

1/ Tăng huyết áp triệu chứng :

Thông thường là
- Bệnh thận ,
- Bệnh tuyến nội tiết .
- Bệnh tim
- Ở người thai nghén .

a) Bệnh thận.

- Viêm cầu thận kinh 5,10 , 20 năm huyết áp cứ tăng dần (cầu thận bị sơ hơa) .

- Bệnh thận ở một bên như :

  + Sỏi thận
  + Lao thận
  + Viêm bể thận v.v....

Nhưng trường hợp này huyết áp có khi lên rất cao rồi lại xuống, thất thường, nếu điều trị khỏi thận hoặc cắt bỏ bên thận tổn thương đi thì huyết áp có thể hạ vĩnh viễn .

b) Bệnh tuyến nội tiết và bệnh khác .

- U tủy tuyến thượng thận làm tăng adrénaline trong máu, biểu hiện bằng những cơn huyết áp cao . Khó chẩn đoán "các tiểu động mạch co lại làm máu khó thông thường" .

- Cường tính giao cảm, khi thần kinh bị kích thích nhiều nhất là những kích thích sâu, lo sợ căng thẳng tinh thần.

- Bệnh beo phệ : huyết áp không tăng nhiều, thay đổi luôn, người bệnh không khó chịu lắm, ở người béo huyết áp cao ít không phải là triệu chứng sâu .

Tuổi hết kinh (45 - 50t) : Huyết áp không cao lắm, tối đa tăng nhiều hơn tối thiểu, chỉ sau một thời gian Huyết áp lại trở lại bình thường .

- Sơ cứng động mạch ở người già :

c) Bệnh tim :

- Bệnh hở van động mạch chủ . Số tối đa tăng cao, số tối thiểu xuống rất thấp có khi tới 0 . Trong bệnh này (hở lỗ động mạch chủ) huyết áp tăng không có tiên lượng và triệu chứng sâu (ở bài hở van động mạch chủ nói rõ).

d) Ở người thai nghén .

- Cơn Huyết áp cao xảy đến cấp diễn cho những sản phụ có mang lần đầu vào tháng thứ 7 , 8 biểu hiện bằng những cơn sản dật và albumine niệu rất nhiều . Có khi huyết áp chỉ tăng mỗi khi có thai và cứ mỗi lần như vậy huyết áp lại cao hơn trước một ít .

2/ Tăng Huyết áp đơn thuần . Không có những nguyên nhân trên . Ở người già nhẹ , càng trẻ càng nặng .

II.- TRIỆU CHỨNG .

A/ TRIỆU CHỨNG CHỨC PHẬN .

- Rức đầu, thường rức sau gáy dần lên đỉnh đầu và hay rức về buổi sáng, chiều lại đỡ .

- Hoa mắt, mày dom dóm, mờ từng lúc , có khi không nhìn thấy một thời gian .

- Ù tai như ve kêu, từng lúc, có khi liên tục có khi bị điếc .

- Chóng mặt, trí nhớ kém có khi như thoáng mê, thay đổi tính tình, (thiếu máu não).

- Khó thở túc ngực, cảm như bị nghẹn ở cổ.
- Tay chân như bị cong, chuột rút, bì bì.
- Đi giải nhiều lần nhất là về ban đêm.

B/ TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ :

1/ Động mạch : - Động mạch ngoại biên.

+ Động mạch quay, đập mạnh.
+ Động mạch thái dương căng.
+ Động mạch cứng không di động, ngoằn ngoèo, do cứng động mạch.

- Động mạch chủ :

+ Xquang: quai động mạch chủ to ra, ít di động.

* Động mạch đáy mắt

Phản ảnh tình trạng của hệ thống động mạch não. Cho nên việc khám đáy mắt phải được coi như một thủ tục phải làm cho tất cả các bệnh nhân tăng huyết áp.

Động mạch đáy mắt bị tắc thường là báo hiệu sự tắc động mạch não sắp xảy đến, nếu tắc động mạch não sẽ đưa đến nhũn não.

Vậy khám đáy mắt cho ta biết được tiên lượng của bệnh.

Thời gian đầu động mạch đáy mắt nhỏ lại, chỗ to chỗ nhỏ, có thể thấy được chảy máu từng toa nhỏ hoặc loang như ngọn lửa trong mắt. Còn có những chất tiết trong mắt. Gây phù đáy mắt, do động mạch ép tĩnh mạch, làm tĩnh mạch phình to, thoát nước. xuất huyết.

2/ Các bộ phận liên quan.

a) Tim + Thất trái bị to ra gây hở van 2 lá cơ năng.

+ Thất trái suy đột ngột gây phù phổi cấp

70% bệnh huyết áp cao có biến chứng vào tim 45% chết vì phù phổi cấp.

- Nghe tim : tiếng thứ 2 vang mạnh và có tiếng thổi tâm thu nhẹ.

b) Não : Nhức đầu dữ dội.

+ Xuất huyết não gây hôn mê
+ Nhũn não do không có máu nuôi.
+ Phù não gây bệnh tâm thần, điên.
+ Thoáng mê, thoáng quên, kém trí nhớ.

c) Thận. 10 - 20% bệnh huyết áp cao có biến chứng vào thận do cứng động mạch cầu thận. Có khi triệu chứng thận rất kín đáo, chỉ biểu hiện bằng đi đái đêm nhiều và uree huyết cao, có khi rất rõ rệt như. Thử nước tiểu có hồng cầu, trụ hình, albumine.

Tóm lại : Bệnh cao huyết áp gây ra rất nhiều triệu chứng và biến chứng, nhưng không phải bệnh cao huyết áp nào cũng đầy đủ các triệu chứng trên, mà còn tùy theo trình độ và thể bệnh. Phân ra làm hai thể bệnh.

3

Lành tính	Ác tính .
- Bệnh phát sinh ở người già	- Ở người trẻ
- Huyết áp cao vừa dưới 170/130	- Trên 180/130
- Bệnh tăng từ từ	- Nhanh, đột ngột
- Biến chứng ít	- Biến chứng nhiều
- Sức khỏe gần bình thường	- Sút kém nhanh.

III.- DIỀU TRI :

+ Chế độ công tac :

Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi nhiều ngày làm việc từ 6 - 4 tiếng .

+ Chế độ ăn :

+ Ăn nhạt
+ Không ăn mỡ động vật
+ Uống ít nước
+ Không dùng các thức kích thích, thuốc lá, trà, cà phê, rượu v.v....

+ Bảo vệ vỏ não rất quan trọng .

+ Tinh thần bệnh nhân phải được ổn định thoải mái .
+ Cần tránh mọi sự lo nghĩ, bực tức .
+ Cho thuốc an thần nhiều Bromure 1 - 2gr.

- Thuốc men :

+ Dibazol 0,01 x $2^v - 4^v$, từ 10 đến 20 ngày .

+ Serpasine, 1/4mg , mỗi ngày từ 4 đến 6^v từ 10 đến 20 ngày , hoặc Reserpine 1/4mg .

+ Metbionine .

Nếu người già trên 50 tuổi cho thêm Iodure de K 0,50 đến 1gr .

+ Điều trị bằng giấc ngủ : 20 - 30 ngày (phải ở thời kỳ chưa có biếnchứng mới có kết quả).

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

8 - 1 - 1964

A1 C2 365

4

NOI 2. Benh vien than. C.16 85 ban KL/ -1-

BỆNH VIÊM THẬN

=0=0=0=0=0=

Bệnh viêm thận rất phức tạp có nhiều thể sen lẫn nhau, bài này chủ yếu nói về viêm thận cấp và viêm thận kinh, cần được phân biệt rõ, dạng dễ kịp thời và sớm được điều trị nhất là đối với viêm thận cấp.

NGUYÊN NHÂN

A/ NGUYÊN nhân chủ yếu là do nhiễm trùng loại Strep - tocoque β. Hemolytique nhóm 4; như :

1 + Viêm họng sưng hạch hạnh nhân (Amygdalites)

2 + Viêm xoang má, trán, tai mũi.

3 + Các bệnh ngoài da : Eczema nhiễm trùng .....

4 + Các bệnh phát ban : sởi, đậu mùa, thủy đậu.

5 + Các bệnh nhiễm trùng huyết.

6 + Sâu răng.

B/ NGUYÊN NHÂN PHỦ :

+ Dị ứng thường gặp ở người hay bị dị ứng, như hen, ngứa, không quen một số thức ăn.

+ Ở người hay bị nhiễm lạnh.

+ Sau khi tiêm chủng, như : sinh hóa T.A.B, yết hầu, tả.

BỆNH SINH

Là một hiện tượng phản ứng miễn dịch, phần lớn bệnh xuất hiện sau một bệnh nhiễm trùng hoặc dị ứng, gây tổn thương ở thận, cầu thận bị xung huyết, viêm lan cho tế bào cầu thận bị phù nề hoặc cầu thận bị sơ hóa, ống thận bị thoái hóa, các mạch máu ở thận bị sơ hóa, làm cho thận không làm tròn nhiệm vụ, lọc, nên albumine và hồng cầu thoát ra ngoài gây nên albumine niệu, đái ra máu.

- Urê bị giữ lại, muối cũng bị giữ lại gây nên ứ nước, bệnh nhân đái ít, phù.

VIÊM THẬN CẤP

Viêm thận cấp là viêm cầu thận cấp lan tràn. Cầu thận là nơi bài tiết nước tiểu, nên khi viêm cầu thận sẽ gây nên rối loạn bài tiết nước tiểu với những triệu chứng chính điển hình sau đây.

367

KHOA NOI 2. Bệnh viêm thận.

I.- TRIỆU CHỨNG :

Bệnh phát đột ngột :

- 10 đến 15 ngày sau khi bị bệnh viêm họng hoặc nhiễm trùng khác thì xuất hiện.

+ Đau ngang thắt lưng vùng thận, bệnh nhân sốt.

+ Nước tiểu ít đi, đỏ và đục "như nước ~~oanh thit~~ rửa thịt".

+ Sau đó xuất hiện phù, phù mềm trắng thời gian đầu chỉ phù 2 mi mắt và 2 bên mắt cá chân), chỉ thấy rõ khi sáng dậy, chiều lại ít đi.

+ Trong nước tiểu thì có :

+ Albumine 3 - 4grs trong một lít có khi cao hơn.

+ Bạch cầu, Hồng cầu (viêm cầu thận).

+ Trụ hình hạt, trụ hình trong suốt.

- Trong máu :

+ Urê máu từ 0,6 đến 1gr trong một lít.

+ Tốc độ lắng máu cao (V.S).

- Huyết áp.

+ Có tăng nhưng rất ít, 10 - 20mm Hg.

II.- TIẾN TRIỂN :

Viêm thận cấp mà điều trị kịp thời thường khỏi hoàn toàn, nhất là các trẻ em dễ khỏi tất cả các cầu thận phục hồi hoàn toàn.

Nếu không phát hiện và điều trị kịp thời thì bệnh sẽ đi đến viêm thận bán cấp hoặc viêm thận kinh, khi đó cầu thận bị sơ điều trị khó khỏi hẳn và cầu thận không phục hồi được.

III.- PHƯƠNG PHÁP SỬ TRÍ.

A/ THUỐC : - Điều trị sớm, mạnh ngay lúc đầu.

1/ Chống viêm nhiễm trùng.

- Penicilline 1.000.000dv một ngày, từ 7 đến 10 ngày,

- Streptomycine 1^{gr} , tu 7 đến 10 ngày .

2/ Làm lợi niệu, liều nhẹ, vì mạnh làm kích thích thận không tốt .

a) Cho nước ra :

- Huyết thanh ngọt 30% + sinh tố B1 , C .
- Laetate de calcium 5gr một ngày uống .
- Uống nước râu ngô, bông mã đề .....

b) Cho muối ra :

- Theobromine 1gr một ngày uống .
- Amynophilline 0,10 x 3^{v} den 6^{v} một ngày uống .

3/ Nếu huyết áp cao : cho ăn thận .

- Serpasine 1/4mg x 2^{v} một ngày uống .
- Dibazol 0,01 x 2^{v} một ngày uống .

B/ ĂN UỐNG : Ngày uống không quá 800^{cc} nước, bằng nước râu ngô, bông mã đề, hoặc nước đường .

- Ăn nhạt hoàn toàn .
- Ăn nhiều hoa quả tươi .
- Chế độ ăn hàng ngày .
  + Ít mỡ
  + Ít thịt
  + Ít muối .

C/ CHẾ ĐỘ HỘ LÝ : Bất động hoàn toàn trên giường đến khi hết sốt .

- Giữ ấm toàn thân (mùa lạnh) không để bệnh nhân nhiễm lạnh
- Khi bệnh đỡ hết sốt có thể lau người bằng nước ấm không được tắm nước lạnh .

VIÊM THẬN KINH

Viêm thận kinh là bệnh viêm thận tiếp tục của viêm thận cấp hoặc bán cấp, có khi không có giai đoạn cấp và bán cấp mà xuất hiện ngày bằng viêm thận kinh .

Tổn thương ở thận :

- Sơ hóa cầu thận
- Thoái hóa ống thận
- Sơ hóa các mạch máu ở thận .
- Tiến triển theo hình bậc thang .



I.- TRIEU CHUNG :

Bệnh phát từ từ , có khi âm thầm, không âm ỉ đột ngột như viêm thận cấp, tùy theo thể bệnh, mà có những triệu chứng nổi bật khác nhau, nói chung có 4 hội chứng lâm sàng chính sau :

1/ Hội chứng nước tiểu .

- Lượng không ít có khi đái nhiều và hay đái vặt ban đêm .

- Nước tiểu trong không đục như viêm thận cấp. Tỷ trọng ít thay đổi giữ trong phạm vi 1010 .

- Albumine (+) ít 1 - 2 đến 3gr‰.
- Trụ hình hạt thường xuyên .
- Hồng cầu,bạch cầu (+) ít,có khi không có .
- Urê giảm, càng thấp chứng tỏ thận càng suy.

2/ Hội chứng phù .

- Phù ít và kín đáo, có khi phải theo rồi mới biết. Cũng có khi không phù, có khi phù nhiều (biến). Nếu phù nhiều thường có hội chứng thận nhiễm mỡ .

3/ Hội chứng Urê huyết tăng .

- Urê huyết trên 0gr 50 , càng cao tiên lượng càng nặng. Biểu hiện .

- Da khô, tê như kiến bò, hay ngứa, chuột rút tay chân. Thiếu máu, người gầy nhanh.

- Rối loạn tiêu hóa (kém ăn, nôn ọe, đi rửa)
- Hô hấp : hơi thở có mùi Ure, nếu nặng:thở nhịp sai-sit-toc (Cheynes - stokes).

- Thần kinh . Rúc dầu, co dật, nấc .
- Nếu nặng co thể viêm ngoại tâm mạc .

4/ Hội chứng tim mạch .

- Huyết áp tăng cả tối đa và tối thiểu có thể $\frac{200}{120}$ hoặc hơn nữa,đưa đến :

373

- Suy tim trái, có tiếng ngựa phi .
- Khó thở, phổi co rên ướt .
- Đáy mắt có thể xuất tiết, xuất huyếtvõng mạc, phù gai mắt .

III.- DIEU TRI :

1/ Chủ yếu là bảo dân chế độ .

- Cố gắng bảo vệ sức khỏe, tránh mọi nhiễm trùng, nhiễm lạnh .

- Ăn uống - ít muối , 1-2grs một ngày bệnh nhân tự điều khiển lấy chế độ ăn muối, nếu ăn nhạt kéo dài bệnh nhân bị thiếu muối, thiếu Kalium người rất mệt .

+ Thịt 20 - 40grs một ngày

+ Ăn nhiều quả tươi , rau

+ Uống 1000^{cc} nước một ngày bằng nước chanh, đường, nước hoa quả .

2/ Thuốc men :

- Như viêm thận cấp, trừ kháng sinh, Đợt tiến triển điều trị như viêm thậncấp. Cần chú ý bảo vệ sức khỏe và điều trị triệu chứng .

IV.- TIẾN TRIỂN:

- Diễn biến dần dần, thận suy ngày càng nặng và có những đợt tiến triển, Uré huyết tăng nhanh Hồng cầu, trụ hình hạt trong nước tiểu cũng tăng lên. Bệnh nhân có thể chết vì uré huyết cao hoặc do nhiễm trùng phối hợp .

Nói chung bệnh có thể kéo dài 5 - 10 năm, khi chức phận thận đã kém nhiều bệnh nhân ở trong tình trạng đó đến lúc chết .

KET LUAN

1/ Nguyên nhân bệnh viêm thận chủ yếu là viêm họng viêm amygdal do liên cầu trùng huyết tan β .

2/ Triệu chứng đáng chú ý và quyết định tiên lượng là hội chứng tim mạch (tăng huyết áp và suy tim) hội chứng thận suy (urée huyết tăng).

3/ Cơ chế sinh bệnh làthuyết dị ứng .

4/ Để phân biệt viêm thận kinh và cấp. Cần chú ý mấy đặc điểm khác nhau về triệu chứng và phát bệnh sau :

+ Viêm thận cấp thì triệu chứng và phát bệnh đột ngột dầm dộ hơn viêmthậnkinh .

+ Nước tiểu viêm thận cấp thì đục,có nhiều hồng cầu, còn viêm thận kinh thì trong hơn .

+ Viêm thận kinh: triệu chứng thận suy (urê huyết cao ....) rõ rệt hơn và ngày một nặng .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

B Ệ N H   T H Ấ P   K H Ớ P   C Ấ P

Bs. Nguyễn-đăng-Gia

I/ ĐẠI CƯƠNG.

Bệnh thấp khớp cấp là một bệnh phổ biến ở những nước khí hậu ấm và lạnh. Hiện nay, ta gặp rất nhiều di chứng của thấp - khớp cấp ở bệnh viện; theo thống kê, những di chứng do là hẹp hay hở lỗ tim, chiếm 7% so với tất cả bệnh nhân, và hơn 50% so với các bệnh tim mạch thường gặp.

Bệnh thấp khớp còn gọi là bệnh thấp tim để nhấn mạnh về các biến chứng tim thường có trong bệnh này.

Bệnh thấp khớp cấp có nhiều đặc điểm :

1. Rất phổ biến ở trẻ con và thanh niên.
2. Là một bệnh toàn thể biểu hiện bằng viêm khớp hay có khi không viêm khớp.
3. Thường sinh ra các biến chứng tim : 90 % các bệnh tim tự phát đều do thấp khớp cấp.

II/ NGUYÊN NHÂN.

Hiện nay, thấy thấp khớp cấp thường xuất hiện sau 15 ngày khi có một ổ nhiễm trùng cấp tính ở họng, ở tai, vv... Nếu ổ nhiễm trùng lâu thì thường kết hợp với nhiễm lạnh, suy nhược cơ thể. Nên người ta cho nguyên nhân là do liên - cầu trùng tan huyết.

III. TRIỆU CHỨNG.

Có 3 thời kỳ :

a) Thời kỳ bệnh phát :

- Sốt, mệt mỏi, đau xương.
- Biếng ăn, nôn mửa.
- 2/3 số trường hợp thấy có viêm họng (xảy ra độ 1 tuần trước khi đau khớp); bệnh nhân thấy đau họng, nuốt đau, khám thấy họng viêm đỏ, hạch bạch huyết dưới hàm hơi to và đau.

5 - 6 ngày sau, bệnh chuyển sang thời kỳ toàn phát.

b) Thời kỳ toàn phát :

Lúc này, có hai hội chứng : Viêm khớp và nhiễm trùng.

1- Viêm khớp :

- Nhiều khớp bị, khớp to nhưng cũng có khi cả khớp nhỏ : đầu gối, cổ tay, khuỷu,... nhưng hầu như không bao giờ có khớp háng.

- Các khớp đỏ xưng, nhưng không to lắm, da ở khớp hơi đỏ.
- Khi cử động, các khớp đó rất đau, đau lan ra chỗ khác, nhất là bán đêm. Có khi đau lan ra các điểm tiếp hợp các gân.

Trong hội chứng này, có hai đặc điểm :
a/ Tính chất di chuyển của viêm khớp.
b/ Không khi nào có mủ; khi khỏi, thì khỏi thật hoàn toàn.

2- Nhiễm trùng :

- Sốt : nhiệt độ lên cao, nhưng lên xuống thất thường, và nhiệt độ có thể lên cao khi viêm lan đến một khớp mới.
- Nước tiểu hơi đỏ, lưới trắng.
- Trong máu, hồng cầu hạ, bạch cầu tăng (I vạn hay I vạn 2) nhất là đa nhân trung tính (70 - 80 %).
- Tốc độ huyết trầm tăng nhanh rõ rệt.

c) Thời kỳ bệnh thoái.

Sau 3 -4 tuần, có khi tới hai tháng, bệnh đi dần đến chỗ khỏi :

- Nhiệt độ xuống dần.
- Bệnh nhân ăn ngủ được.
- Các khớp hết đau, hết xưng.

Nhưng rất dễ tái phát sau 1 - 2 tuần, có khi sau hàng tháng, hàng năm.

IV. BIẾN CHỨNG.

- Biến chứng thường gặp nhất là biến chứng vào tim, và cũng là biến chứng quan trọng nhất. Viêm tim xuất hiện thường vào ngày thứ 6 đến ngày thứ 10 sau khi cơn thấp khớp cấp bắt đầu. Trẻ con nhỏ chừng nào thì viêm tim xuất hiện dễ chừng nấy trong đợt thứ nhất; nhưng cũng có khi xuất hiện sau đợt thứ hai, thứ ba.

Biểu hiện lâm sàng :

1. Thể viêm nội tâm mạc, thông thường nhất và quan trọng nhất vì thường để lại các di chứng van tim (van tăng mạo 100 %, van tăng mạo và van động mạch chủ 50 %, van động mạch chủ đơn-thuần 2 - 4 %). Thường thể hiện :

- Tiếng thổi tâm chương.
- Tiếng thổi tâm thu.
- Tiếng tim mờ nhất là tiếng thứ nhất.

2. Thể viêm ngoại tâm mạc : Khô hoặc có nước, biểu hiện tiếng tim mờ, có tiếng cọ ngoại tâm mạc.

3. Thể viêm tim nặng : rất thường thấy ở trẻ nhỏ dưới 7 tuổi. Thể hiện bởi hai hội chứng :

- Hội chứng nhiễm trùng.
- Hội chứng suy tim (sẽ nói ở bài Suy tim).

Ngoài ra, thấp khớp cấp còn có thể có biến chứng vào phổi gây viêm phổi; vào thận, gây albumine trong nước giải; vào thần-kinh, và cả ở ngoài da, gây nhưng nốt mẩn, nhưng trường hợp này ít gặp.

V. CHẨN ĐOÁN.

- Chẩn đoán quyết định dựa vào:
  1. Tính chất di chuyển của thấp khớp.
  2. Biến chứng vào tim.
  3. Tính chất hay tái phát.
  4. Hiệu quả nhanh chóng của điều trị Salicylate de Na
- Chẩn đoán phân biệt:
  1/ Viêm khớp do vi trùng: viêm khớp do lậu, do liên - cầu trùng, tụ cầu trùng. Bao giờ cũng để lại tình trạng teo cơ, cứng khớp sau khi khỏi.

  2/ Thấp khớp vì nhiễm trùng toàn thể như: lỵ trực trùng viêm hố xương mặt. Thường gặp ở người lớn, khớp viêm không di chuyển.

VI. ĐIỀU TRỊ và DỰ PHÒNG.

1. Điều trị:

- Hộ lý - Bệnh nhân nằm nghỉ hoàn toàn, có thể xoa Salicylate Méthyl vào khớp đau. Chống gió lùa lạnh.

- Thuốc - Salicylate de Na I g / I lần, ngày uống 8-10 lần, khi bệnh biến chuyển thì giảm xuống 6 lần, [illegible] lần [illegible] trong 4 tuần. Cứ 10 ngày cho nghỉ 2 ngày. Nếu uống bệnh nhân không chịu được thì tiêm (I g tiêm bằng [illegible] g uống)

Có thể thay bằng Pyramidon 2 g / I ngày. Mỗi lần uống [illegible] quá 0g30, Aspirine 3 g / I ngày. Ngày uống 3 lần.

- Điều trị triệu chứng: Lý liệu tia tử ngoại hoặc điện - phân Salicylate de Na, bó Paraffine.

2. Phòng bệnh [illegible] tái phát.

- Phòng tái phát:

+ Chữa ổ nhiễm trùng. Cắt hạch hạnh nhân nếu viêm, chữa răng nếu [illegible].

+ Dùng Salicylate de Na [illegible] g / I ngày, uống I[illegible] ngày trong I tháng. Dùng 5 tháng liền sau đợt cấp tính.

- Phòng bệnh:

Giữ ấm khi rét; nếu viêm họng, phải chữa ngay.

CÁC BỆNH VAN TIM

A/ ĐẶC ĐIỂM VỀ BỆNH TIM NÓI CHUNG.

1. Tỷ lệ bệnh :

Bệnh van tim chiếm từ 26.1 % đến 41,7 % bệnh tim.

2. Nguyên nhân :

a/ Bẩm sinh : rất hiếm.
b/ Cơ năng vì các van to quá.
c/ Viêm một tâm mạc kinh điển do thấp khớp cấp, nguyên nhân này thường gặp nhất ([illegible] %).
d/ Giang mai : ít gặp.

3. Đặc điểm về điều trị :

a) Một người mắc bệnh van tim, rất ít khi nó khỏi hoàn toàn.

b) Thuốc chủ yếu :

+ Nhằm ngừa không để tim suy.
+ Nhằm ngừa đợt tái phát.

c/ Phẫu thuật :

Có thể thay đổi hẳn bệnh tim.

B/ MỘT VÀI BỆNH VAN TIM THƯỜNG GẶP.

x

x x

HẸP VAN TĂNG MẠO

Lỗ tăng mạo có 2 van [illegible], bình thường đút lọt 2 ngón tay. Trong trường hợp hẹp lỗ van tăng mạo, lỗ ấy thường [illegible] vì các van dày cứng, các [illegible] to ra và chỉ [illegible] có khi chỉ vừa đủ một cái đầu bút chì.

Lỗ van này [illegible] cản trở máu từ [illegible] trái, [illegible]. [illegible] hậu quả :

1. [illegible]
2. [illegible] động mạch và tĩnh mạch phổi [illegible]
3. [illegible] to ra.

[illegible] tục, [illegible] cho [illegible] người mắc bệnh.

3. ...

I. NGUYÊN NHÂN.

- Phụ nữ hay bị hẹp [illegible].
- Do thấp khớp cấp.

II. TRIỆU CHỨNG.

a/ Triệu chứng chức năng :

- Khó thở.
- Tím xanh..
- Ho, có thể ho ra máu.
- Thỉnh thoảng tim đập nhanh và [illegible].

b/ Triệu chứng thực thể :

Sờ ở mỏm tim thấy có rung miêu.

Nghe :

- Tiếng thứ nhất vang mạnh ở mỏm.
- Tiếng thứ hai vang mạnh và tách đôi ở huyệt động mạch phổi.
- Tiếng rung tâm chương.

Gây nhịp điệu : "[illegible] RRR mu ..."

Chiếu điện : Thấy nhĩ trái to.

III. ĐOÁN BỆNH.

Căn cứ vào :

- Tiếng thứ nhất vang mạnh ở mỏm.
- Tiếng rung tâm chương ở mỏm.
- Sờ thấy rung miêu.

Nhiều khi tiếng rung tâm chương và rung miêu phải bảo bệnh nhân nằm nghiêng bên trái [illegible] thấy.

IV. THỂ BỆNH.

1. Hẹp và hở lỗ tăng mạo

Ngoài triệu chứng hẹp tăng mạo, còn nghe thấy tiếng thổi tâm thu rất to, rất rõ.

Bệnh này thường nặng lắm vì đưa đến suy tim mau hơn.

2. Hẹp lỗ tăng mạo và [illegible] mạch chủ

Ngoài triệu chứng hẹp tăng mạo, còn thấy :

- Tiếng thổi tâm [illegible]
- Huyết áp tối thiểu [illegible]

V. BIẾN CHỨNG.

Có hai loại biến chứng [illegible]

1. Tắc động mạch [illegible] đi chương. Có thể tắc động mạch phổi, [illegible] tắc động mạch [illegible] bệnh nhân bị liệt 1/2 người [illegible] bệnh nhân sẽ đau ngực đột ngột, [illegible] thấy [illegible] và niêm mạc hơi [illegible]

2. Nhiễm trùng. Bệnh nhân rất dễ bị:
- Phế viêm, phế quản viêm.
- Cơn thấp khớp tái phát.

VI. ĐIỀU TRỊ.

Phương pháp nội khoa không giải quyết hẹp lỗ tăng mạo, chỉ có thể [illegible] hay điều trị [illegible] bằng Quabain hoặc Digitalin.

Phẫu thuật [illegible] lỗ [illegible] hẹp là phương pháp hợp lý nhất.

x

x x

HỞ LỖ TĂNG MẠO

Hở lỗ tăng mạo là khi các van tăng mạo không khép lại chặt được nữa. Vì vậy, khi tâm thất trái bóp một ít, máu chảy từ thất trái lên nhĩ trái, qua lỗ nhỏ, xoáy mạnh, gây nên tiếng thổi tâm thu.

I/ NGUYÊN NHÂN.

Lỗ tăng mạo bị hở vì:
- [illegible] các lá van tổn thương ở van. Là hở thực tổn.
- Có khi van không bị tổn thương, nhưng vẫn bị hở khi [illegible]. Do tâm thất bị nở ra nhiều, làm đoạn lỗ van tăng mạo. Là hở cơ năng.

II/ TRIỆU CHỨNG.

1. Hở thực tổn.

Nghe tim thấy một tiếng thổi tâm thu rất to, chiếm hết thì tâm thu, lan lên liên sườn thứ hai và ra nách.

Không thay đổi theo tư thế bệnh nhân.

2. Hở cơ năng.

Nghe thấy tiếng thổi tâm thu nhỏ, kèm theo các triệu chứng suy tim.

III/ TIẾN TRIỂN.

[illegible] loạn thần kinh tim. Trong rối loạn [illegible] tim, nghe thấy [illegible] tiếng thổi tâm thu nhỏ, [illegible] lại ra, thay đổi theo thế nằm hoặc ngồi của bệnh nhân hoặc lúc thở.

[illegible] tiếng thổi, [illegible] ở vùng trước tim, [illegible] định, [illegible].

IV/ ĐIỀU TRỊ.

Nội khoa không có thuốc chữa hở thực thể.

x x x

HỞ LỖ ĐỘNG MẠCH CHỦ.

Hở lỗ động mạch chủ là khi van tổ chim không khép chặt và máu trở lại thất trái khi tâm chương.

I) NGUYÊN NHÂN.

- Thấp khớp cấp.
- Giang mai.
- Có thể do chấn thương mạnh ở ngực làm đứt van.

Muốn chẩn đoán nguyên do, phải biết tiền sử bệnh nhân, xét nghiệm máu, chẩn đoán giang mai (B.W)

II) TRIỆU CHỨNG.

1/ Nhìn: thấy tim đập rất mạnh.

2/ Nghe :

- Tiếng thổi tâm chương, có khi rất nhẹ phải bảo bệnh nhân nín thở mới nghe thấy, ở huyệt động mạch chủ và vùng giữa tim.
- Tiếng thổi tâm thu.

3/ Có thể thấy :

- Động mạch nảy, đập rất rõ, làm cho đầu gật theo nhịp đập của tim
- Động mạch cổ tay nhẩy mạnh, to, rõ, nhưng xẹp xuống cũng nhanh.
- Các mao quản cũng thay đổi theo nhịp tim. làm mặt tái rồi đỏ.
- Huyết áp : tối đa tăng, tối thiểu hạ.

Bệnh nhân hay thấy xơn đau ở vùng tim hoặc nức đầu, chóng mặt.

III) TOÁN BỆNH.

Dựa vào nghe thấy tiếng thổi tâm chương là chính.

IV/ ĐIỀU TRỊ.

Chữa triệu chứng.

Bệnh nhân thường lo sợ, xúc động; cần phải thường xuyên dùng thuốc an thần và không được làm việc mệt.

Nếu có suy tim, thì dùng Ouabaine, Digitaline.

Thuốc an thần thường dùng là Teinture de Valériane 2 g / I ngày, hoặc Bromure de Na I g / I ngày.

(Ghi chú: Cách dùng Ouabaine, Digitaline sẽ nói trong bài "Suy tim").

13-4-1963

H Gòng
AI C2

Ngày 21 ...

385

NOI III - [illegible] may ho hap. C16 85 ban KL/ -1-

BAI GIANG VE TRIEU CHUNG HOC
BO MAY HO HAP

=0=0=0=0=0=0=0=0=0=0=0=

PH[illegible] BO [illegible] HO H[illegible].

[illegible] tam [illegible] la giới thiệu về các [illegible] thoi benh ly.

A/ CH[illegible] :

1/ P[illegible] truóc : (theo hình vẽ)

a) Đường [illegible] (theo giữa xuòng ức)
b) Đường cạnh xuòng ức
c) Đường vú
d) Đường nach truóc
e) Hố thượng đòn
f) Hố duói đòn
i) Khoang [illegible]-tụ.

2/ P[illegible] sau :(xem hình vẽ).

a) [illegible] trên [illegible] trong
b) [illegible] trên [illegible] ngoài.
c) Vùng bả đòng.
d) [illegible] duói vai
e) [illegible] ba song
f) [illegible] duói ba.
g) [illegible] có thang .

B/ PHAN KHAM XET .

1/ Nhìn xét :

a) Bệnh nhân cởi hết áo, [illegible] sinh [illegible] toàn [illegible], đặc biệt chú ý tới lồng ngực, sự tính đón, cử lồng ngực, so sánh [illegible] trái .

b) Nhận xét n[illegible] : Ngoai da có ban [illegible] , có mụn giang [illegible] thói kỳ thu 3 không ? Có bị vẽ [illegible] eczema không [illegible] xem có nơi nào [illegible] zona không ? Nếu [illegible] zona [illegible] đau nhiều .

. Nhìn xét có sẹo [illegible] vì nếu 1 sẹo lõm vào có [illegible] là dấu hiệu c[illegible] lao [illegible] đã lâu [illegible] .

c[illegible] : xem có vùng [illegible] đỏ, sưng mọng, nếu có thì [illegible] [illegible] nào [illegible] có hạch nổi thì có thể nghĩ tới [illegible] [illegible] v.v..., ở vùng [illegible] dồn nếu có thì có thể nghĩ đến viêm [illegible].

- Xem có phù thũng [illegible] ? Nếu có phải nghĩ tới [illegible] [illegible] [illegible] nghĩ tới viêm màng phổi [illegible] hay trung thất [illegible].

- [illegible] tĩnh mạch có nổi xanh ở da nhiều không.

1) Nhận xét các phần [illegible] :

- [illegible] này [illegible].

- Nhìn [illegible] ngực nói chung, xem bộ xương ngực có di [illegible] không ? [illegible] hình thái: nếu cao dài [illegible] lồng ngực [illegible] [illegible] [illegible] ra, lồng ngực tròn như thùng tô nở cũng [illegible].

- Chú ý so sánh 2 bên ngực : có bên nào lép, bên nào [illegible] ? Nếu lép, là do cứng hóa [illegible] phổi, phổi có sẹo [illegible] [illegible] [illegible], [illegible] là do tràn dịch phế mạc, do khí phế [illegible].

- [illegible] lưng [illegible], còng lưng [illegible] [illegible] [illegible] đến [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] cong thì có thể là bị lao [illegible].

- Có người bị còng [illegible] uốn hoặc cong hình chữ S, có [illegible] lồng ngực [illegible] [illegible] [illegible] quá, ta dùng quả dọi để đo độ vẹo của [illegible] [illegible] biết được [illegible] trên [illegible].

c) [illegible].

- [illegible] 15 - 18 lần trong 1 phút.
- [illegible] kiểu thở :

+ Kiểu thở [illegible] đàn bà thở kiểu này nhiều.
+ Kiểu sườn [illegible] [illegible] thở kiểu này nhiều.
+ Kiểu hoành : trẻ em và đàn ông thở kiểu này nhiều.

[illegible] 1 bên ngực thay đổi kiểu thở [illegible] là có thể có bệnh. Ví [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] phổi, đàn ông phải thở kiểu sườn trên để tránh [illegible] [illegible]. Ví dụ : tràn dịch màng [illegible] có [illegible].

2/ [illegible] :

a) [illegible] :

- Sờ [illegible] [illegible] [illegible] vào ngực.
- [illegible] bàn [illegible] [illegible] tay.
- [illegible] bằng cạnh bàn tay.

[illegible] . Bo [illegible] . [illegible]

- [illegible] tiến [illegible] rung [illegible] phap 1 .

- [illegible] 1 chỗ [illegible] .

- So bằn [illegible] bên [illegible] rung [illegible] 1 đến [illegible], ta phải [illegible] rung [illegible] trái, [illegible], sau trước để [illegible] sánh .

b) [illegible] quả :

- [illegible] hình [illegible] lòng [illegible], [illegible] lên [illegible] cho [illegible] lời [illegible] .

- So để ta [illegible] nhận [illegible] : [illegible] tiếng [illegible] nên [illegible] trong [illegible], trong [illegible] có [illegible] giấy .

- So [illegible] có [illegible] bụng [illegible] chỗ [illegible] bị [illegible] tại [illegible] .

- So cho ta biết bên nào rung thanh [illegible], [illegible] hoặc [illegible], nếu rung [illegible], hoặc [illegible] định [illegible] v.v....

c) [illegible] :

- Để [illegible] sánh 2 bên lồng [illegible] thay trước [illegible] bệnh nhân, [illegible] trước [illegible], 2 [illegible] sau, rồi bảo bệnh nhân [illegible] nhất, bên [illegible] bệnh [illegible] nhưng [illegible] định [illegible] .

- Tìm nhận tiếng [illegible] trong ngực [illegible] : [illegible] tiếng, có [illegible] trong [illegible], [illegible] tràn [illegible], có [illegible] lắc [illegible] thể nghe được tiếng [illegible] trong ngực .

d) Nghiên cứu rung thanh :

- Bệnh nhân nói [illegible], [illegible] rung [illegible] bệnh nhân [illegible], đem to [illegible] rung thanh có [illegible] : [illegible] quanh, [illegible] vùng liên sơn [illegible], [illegible] bên [illegible] trước [illegible], rung [illegible], hình [illegible] hơn [illegible] hệ quan [illegible] bên phải [illegible] . [illegible] trước [illegible] sau . Nói càng to và mạnh thì rung thanh càng [illegible] .

- [illegible] thì rung thanh [illegible] . [illegible] thì rung thanh [illegible] giống [illegible] .

Các biến đổi bệnh lý :

388

... Rung thanh tăng :

- Vì tại các tăng năng chức hạn , ví dụ : phổi ... rung thanh tăng lắc bù, do là tăng năng chức ... : rung thanh tăng , tiếng ..., tăng, tiến ; thc tạ... là ... trong , ... là tăng năng chức hạn .

- Phổi bị đông đặc thì rung ... tăng rung , thận ... phế viêm, u đặc của phổi, trường hợp ..., ... hang lo, dãn phế quản .

... rung thanh giảm :

- Trong các bệnh thường gặp rung thanh giảm ... dịch ... hay ... , dày phế mạc nhẹ, tràn khí phế mạc ... phế thũng ... đàn hồi tính .

Rung thanh mất :

- Trong các bệnh : tràn dịch phế mạc nhiều, dày dính phế mạc ..., ... tỷ hơn, tràn khí phế mạc nhiều .

... rung thanh trong ... :

...	... phổi !	Phế mạc ... viêm !	phế mạc viêm khu dính
...	... !	rung thanh có khi !	rung thanh cho tăn...
... .	!	... chóng !	chỗ giảm .
		! tăng ... ít nước !	
		chỗ .	

3/ Gõ :

a/ ... :

- Bệnh nhân ngồi thoải mái, co mền mại, ...
- Có 2 cách gõ .

+ Gõ trực tiếp : 4 ngón tay khum con lại ..., ... bệnh nhân . Gõ nhẹ nhàng, tránh gõ mạnh quá ... nhiều ... lại đau một diện đau của bệnh nhân ..., ... thì nghe không rõ, không giới hạn được những ... rõ rệt .

+ Gõ gián tiếp : Cách gõ : 1 bàn tay đặt sát ... bệnh nhân, ngón tay của bàn tay kia khum cong lại gõ vào ngón ... , ... dùng 2 ngón, gõ nhẹ thì dùng 1 ngón tay, gõ ... , dùng cổ tay để chuyển bàn tay mà gõ .

b/ Kết quả :

- [illegible] chiều cao [illegible] vị trí [illegible], và [illegible] đặc của phổi.

c. Gõ [illegible] : ta gõ [illegible] và [illegible], kết [illegible] thường trong vang, nhưng [illegible] vang [illegible] (tympanique), [illegible] trong [illegible] đục [illegible] đặc hoàn toàn. Gõ còn [illegible] thuộc vào [illegible] khối [illegible] trong phổi nhiều hoặc ít : [illegible], khí nhiều [illegible] vang nhiều, ít thì vang ít.

- [illegible] trước [illegible] từ [illegible] lên [illegible].

- [illegible] trái [illegible] từ [illegible] vì có [illegible] vang [illegible] thì gõ đặc.

- Phía sau lưng, [illegible] từ [illegible] trên.

c. Bệnh lý :

- Gõ vang [illegible] khi [illegible] khí phế thũng, tràn [illegible] phế mạc, hang [illegible] và nông, [illegible] to.

- Gõ đặc [illegible] hoặc [illegible] : [illegible] đặc của phế mạc : [illegible] mạc viêm [illegible], dính [illegible] mạc nhiều.

Đục của phổi : phế viêm, ung thư phổi, khối [illegible], [illegible] phổi, phế viêm [illegible].

- Trường hợp đặc vang :

Phế viêm [illegible], xung [illegible], [illegible] lao phổi, [illegible] viêm tràn [illegible]. [illegible] dính [illegible].

- Trường hợp tiếng bình dạng [illegible] : [illegible] hơn, [illegible] lao [illegible] tiếng kênh [illegible], [illegible] rồi [illegible], [illegible] bệnh nhân [illegible] được.

4/ Nghe :

Là phương pháp căn bản, nó cho ta nhìn [illegible] xác hơn, [illegible] phải đối chiếu với những [illegible] : nhìn, gõ [illegible].

[illegible] có 2 phương pháp.

- Phương pháp trực tiếp : áp tai [illegible] người bệnh [illegible].

- Phương pháp gián tiếp : nghe bằng ống nghe, do [illegible] tìm ra đầu tiên.

a) Nghe trực tiếp.

- Nghe được chính xác hơn, những tiếng [illegible] nhỏ [illegible] được rõ hơn.

- Không có những tiếng khác thêm vào [illegible] ống nghe hay dụng cụ khác.

[illegible]

- [illegible] .

[illegible] nhanh được [illegible] của [illegible] , [illegible] về sinh lực .

b) [illegible] (Rắn [illegible]) .

[illegible] các tiếng [illegible] nên rõ, [illegible] lời [illegible] nhiều [illegible] lợi [illegible] trên [illegible] hạnh [illegible] .

[illegible] , quên theo [illegible] .

[illegible] , [illegible] .

c) [illegible]

- [illegible] tiếng [illegible] , [illegible] .

- [illegible] , [illegible] vào [illegible] ra lên, trị [illegible] .

[illegible] : [illegible] , [illegible] , [illegible] , [illegible] .

d) [illegible] :

+ Tiếng [illegible] bình thường : Cho vào [illegible] , [illegible] tới [illegible] vì cũ dòng, [illegible] ra [illegible] lời hơn .

- [illegible] là tiếng [illegible] tổng [illegible] phải [illegible] .

- [illegible] :

+ [illegible] là do [illegible] , [illegible] : [illegible] nên. Trên [illegible] nên, nó [illegible] lên trong [illegible] tiếng [illegible] .

- [illegible] , [illegible] khi đi qua [illegible] ra khỏi [illegible] do ra [illegible]

- [illegible] là [illegible] tiếng [illegible] . [illegible] quen, [illegible]

- Tiếng [illegible] ra bình thường, [illegible] . [illegible] nên phải [illegible] . Phổi phải [illegible] (sinh lý) .

- [illegible] , [illegible] , dần dần nhẹ [illegible] .

d) Tiếng thở bất thường : Nó biến đổi về cường độ, âm sắc.

- Cường độ tăng của tiếng thở trẻ con, thở bù từng phần chức năng. Giảm hay mất khi lồng ngực nở ít do ngực bị [illegible], do bị viêm gai, thần kinh liên sườn hoặc gãy xương sườn. Do phổi bị đông đặc tại một tiếng [illegible] rì rào [illegible] năng, nhưng tiếng [illegible] không chuyển ra ngoài được do tràn dịch phế mạc.

- Âm sắc : thở thô ráp do tổn thương ở phế quản hay ở tổ chức phổi, thể quản viêm đã khỏi nhưng còn di tích, [illegible] huyết phổi mới bắt đầu [illegible] phổi.

- Nhịp độ : tiếng thở nhát gừng : Trong lao định phổi co định phế mạc - Tiếng thở ra kéo dài trong bệnh khí phế thũng, lao phổi ở thể xơ cứng.

e) Tiếng thổi :

- Là tiếng phát ra ở thanh khí quản do gió rung động không khí khi đi qua hậu môn, ta nghe ở trước và sau cổ thì rõ, bình thường không nghe được ở lồng ngực.

- Khi tổ chức phổi bị xơ cứng đặc hay là một hang làm thành một hòm cộng hưởng thanh âm tới nó dẫn truyền ra ngoài một cách thanh mẽ và gây ra tiếng thổi.

- Trình độ nhẹ có tiếng thở thổi, rì rào phế nang không [illegible] dần mà trở thành thở ráp, nhịp độ thở ra kéo dài hơn, nhưng chưa thành tiếng thổi, thường xảy ra trong sung huyết phổi nhẹ.

+

+ +

CÁC TIẾNG THỔI

- Tiếng thổi ống : Là tiếng ở thanh khí quản truyền ra, thay đổi về cường độ, nghe giống như tiếng thổi vào một cái ống, nghe cả 2 thì, nhưng thì thở vào nghe [illegible], thở ra hơi nhẹ hơn, nếu yếu quá thì thành tiếng thở thổi, nghe giống như ta nói chữ a .... ơ ... ơ .... ơ có hơn, kéo dài.

Khi nào tổ chức phổi đặc lại thì có tiếng thổi ống. Thường có trong các bệnh : [illegible], phế quản phế viêm, ứ máu phổi v.v...

Điều kiện nghe được tiếng thổi ống : tổ chức phổi phải đông đặc lại thông với phế quản và thanh quản.

& Tiếng thổi [illegible] : Nghe cũng giống như tiếng thổi ống nhưng [illegible] và nhẹ hơn, sở dĩ như thế là vì giữa tai ta với ngực và nơi phổi đặc lại có 1 lớp nước đệm.

[illegible] còi [illegible] tổ [illegible] phổi [illegible] đặc [illegible] truyền [illegible] thổi ống [illegible] nghe [illegible] . [illegible] nghe rõ trong [illegible] , [illegible] nghe rõ ở [illegible] .

[illegible] thổi hang : Là tiếng thổi ống bị thay đổi vì [illegible] tiếng thổi truyền đi .

[illegible] nghe [illegible] 2 thì, [illegible] như khi ta thổi vào 2 bàn tay chụm lại .

[illegible] : [illegible] chùm [illegible] đặc .

Tiếng thổi [illegible] : Cũng là tiếng thổi ống bị thay đổi vì [illegible] đi [illegible] chứa đầy [illegible] , thường [illegible] như khi ta thổi vào 1 cái [illegible] có kín [illegible] nghe được .

[illegible] : [illegible] trên 6cm, thành trong [illegible] nghe rõ trong bệnh tràn [illegible] .

+

+ +

NHỮNG HỘI CHỨNG CHÍNH :

[illegible] và triệu [illegible] chúng đã học lý thuyết ở trên, chúng tôi xin tóm tắt lại một số hội chứng khi chúng ta nghiên cứu trên lâm sàng .

Trong khi chờ đợi về kết quả X.quang, xét nghiệm và nhiều [illegible] sinh và sự tiến triển của bệnh , để tìm nguyên nhân, thông thường chẩn đoán trên các hội chứng lâm sàng để có hướng điều trị xử trí kịp thời .

1/ Hội chứng tràn dịch :

- Nếu chất dịch trong màng phổi ít, thì chẩn đoán thường khó, nếu tràn dịch nhiều do chứng viêm màng phổi, thì thường có điểm đau, nhói ngực và khó thở . Nếu không do viêm, chỉ [illegible] chất dịch ở nơi khác lên thì điểm đau và nhói ngực của bệnh nhân cho thở chỉ có ít .

- Triệu chứng thực thể luôn gặp là :

+ Gõ giảm hoặc mất tiếng vang

+ Rung thanh giảm hoặc mất .

+ [illegible] giảm hoặc mất rì rào phế nang .

NỘI III. [illegible] ho [illegible]. KL/ [illegible]

Cần tiếng thổi phế mạc, tiếng [illegible] [illegible], tiếng thổi [illegible] gặp! Trước mọi hội chứng trên định, ta phải chọc thăm dò màng phổi để lấy chất dịch đi xét nghiệm tìm tế bào và vi trùng để chẩn đoán nguyên nhân.

2/ Hội chứng hang :

Có hội chứng hang là những to trong phổi có hang, nhưng những dấu hiệu này rất thay đổi vì còn tùy theo hang nông hay sâu, to hay bé. Có một dấu hiệu rõ là chút khạc nhổ nhiều: đờm, mủ v.v.. thường kèm theo tiếng thổi hang thì có rên hang hay rên nổ [illegible] 2 thì.

Thực thể có thể gặp :

+ Tiếng thổi hang
+ Tiếng óc ách,
+ Tiếng hang thở.

Nếu ta nghe mọi hội chứng hang ở đỉnh phổi thì ta phải nghĩ đến lao phổi. Nghe ở nền phổi thì nghĩ đến dãn phế quản.

3/ [illegible] tràn khí phế mạc :

[illegible] lâm sàng : bệnh có thể bắt đầu đột ngột, [illegible] [illegible] có trường hợp [illegible] thầm không rõ rệt.

Dấu hiệu thường gặp :

+ Gõ vang trống.
+ Mất rung thanh và rì rào phế nang.
+ Nghe : tiếng thổi bình và tiếng rung kim khí.

Khi có những dấu hiệu này thì nghĩ đến tràn khí phế mạc.

[illegible]/ Hội chứng u màu phổi.

Do một nhóm phế nang bị u màu hay giãn nhiều, [illegible] cho [illegible] và tiết ra [illegible] dịch. Còn các triệu chứng cơ năng thì [illegible] tùy theo [illegible], biểu hiện hội chứng [illegible] đặc điển hình như.

+ Gõ đục hay hơi đục.
+ Rung thanh tăng.
+ Nghe tiếng thổi ống và rên rõ 1 thì.

Ta [illegible] gặp hội chứng này trong các bệnh : phế viêm, [illegible] [illegible].

[illegible]

344

Làm một công việc nào?
- Phải có kết hoạch mới hoàn thành tốt
Các bạn ơi ta phải làm những cái gì?
[illegible]
mỗi tháng một lần [illegible]

TRIỆU - CHỨNG HỌC
HÔ - HẤP

Triệu chứng học về bộ máy hô hấp là môn học nghiên cứu mọi sự biểu hiện bệnh [illegible] bằng những triệu chứng và dấu hiệu. Có 3 loại:

- Triệu chứng toàn thân.
- Triệu chứng chức năng.
- Dấu hiệu vật thể.

Triệu chứng chức năng và toàn thân là do bệnh nhân có thể cảm thấy hay do y sinh tìm ra bằng cách hỏi bệnh và quan sát. Dấu hiệu vật thể cũng do y sinh tìm ra bằng phương pháp kỹ thuật.

I.- TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN.

A/ TƯ THẾ BỆNH NHÂN.

Một vài bệnh về hô hấp có tư thế đặc biệt; ví dụ bị viêm màng phổi tràn dịch: khi mới đầu, [illegible] ở phía bị bệnh, không nằm nghiêng về phía đau, mà phải nằm nghiêng về phía lành, nhưng khi phế mạc có dịch lâu và nhiều rồi thì lại nằm về phía tràn dịch, bệnh nhân khó thở nhiều, thì phải ở tư thế nửa nằm, nửa ngồi (tư thế Fowler). Người hen suyễn chống tay trong giường hay vào thành giường cho dễ thở.

B/ VẺ MẶT.

Có vẻ mặt đặc biệt như trong bệnh phế viêm: vẻ mặt đỏ [illegible], vẻ mặt hốc hác xanh xao trong bệnh lao thời kỳ cuối, [illegible] vẻ mặt tím [illegible] trường hợp khó thở nặng.

C/ NHIỆT ĐỘ.

Đường biểu hiện nhiệt độ cũng mang lại những triệu chứng cho từng bệnh; ví dụ: bệnh phế viêm cấp sốt một cách đột ngột, đang từ 36°-37° đột ngột vọt lên đến 40° [illegible] trong mấy tiếng [illegible] từ đó có hướng [illegible] một ít, chiều lại lên và xích [illegible] 1 độ. Rồi kế đó trong độ một tuần lễ, nhiệt độ [illegible] rất nhanh.

Cũng có khi nhiệt độ [illegible] rồi lại lên một ít: hơn sau mới xuống bình thường.

Trong khi nhiệt độ xuống, mạch thường [illegible] cùng hạ cùng với sốt, khi thì [illegible], [illegible]: có hiện tượng hạ cơn.

Đường biểu hiện nhiệt độ của bệnh lao, có lên rất từ từ: 37°, 38°, rồi 39°: khi thời kỳ toàn phát [illegible] xích trong ngày có thể 1 độ hay hơn 1 độ. Nói chung, trong thời kỳ này giống hình của [illegible] răng cưa.

D/ MẠCH.

Mạch thường đi đôi với nhiệt độ, nhưng trong bệnh lao, tuy không sốt mấy, nhưng mạch vẫn cao.

II.- TRIỆU CHỨNG CHỨC PHẬN.

Chúng ta lần lượt nghiên cứu 6 triệu chứng chức phận :

1/ Đau ngực.
2/ Khó thở.
3/ Ho.
4/ Thay đổi tiếng nói.
5/ Chất khạc nhổ.
6/ Khái huyết.

A/ ĐAU NGỰC.

Đó là một triệu chứng thường hay gặp hay làm cho bệnh - nhân khó chịu và lo sợ. Vì là triệu chứng chủ quan điển hình, chỉ có bệnh nhân mới thấy cái tính chất đau điển hình của nó. Y sĩ phải hỏi cặn kẽ mới biết được.

Đau ngực tùy theo đau mạnh hay đau vừa, đau bất thình lình hay không, đau lâu hay chóng mà phân chia ra loại đau ngực cấp hay đau ngực bán cấp.

1. Đau ngực cấp

Thấy ra cùng với các bệnh cấp tính trong màng phổi và phổi như ổ mủ trong phổi, phế viêm, viêm màng phổi, tràn khí khí mạc hoặc hoại thư phổi.

Trong những bệnh [illegible] ấy, bệnh nhân thấy :

- đau luôn.
- Khi thở thì đau hơn.
- Ấn vào cũng thấy đau hơn.

a) Trong bệnh ổ mủ phổi, đau tại chỗ, ấn vào không đau, trừ khi nào màng phổi và thành phổi đã bị bệnh lan tới.

b) Trong bệnh phế viêm, đau ngực có nhiều điểm đặc biệt :

- Đau như dao đâm, bất thình lình ở dưới vú.
- Có khi đau nhiều, khiến cho bệnh nhân phải rên.
- Đau ngực thường kéo dài độ 2 ngày, rồi mới bớt, trừ khi có biến chứng viêm màng phổi.
- Đau ngực có thể lan xuống bụng, làm ta liên tưởng đến bệnh viêm ruột thừa.

c) Trong bệnh viêm màng phổi :

- Viêm màng phổi thành to đau âm ỉ, thường đau ở đáy ngực và lan ra khắp ngực.
- Viêm màng phổi khô : đau nặng và có thể nhầm với đau dây thần kinh liên sườn.

- Viêm màng phổi có mủ đau dữ dội và kèm sốt.

b) Khi bị tràn khí phế mạc: đột nhiên đau dữ dội khi không khí ùa vào màng phế mạc, rồi dịu bớt dần.

c) Tắc mạch máu ở phổi: đau đột thình lình, dữ dội, khó thở và thường đe chết ngay.

2. Đau ngực bán cấp.

Đau âm ỉ ở một vài nơi nhất định ở phổi.

Xuất hiện ở những bệnh tiến triển chậm như lao phổi, viêm màng phổi thể mạn tính, trong [illegible].

Người ta cần chú ý khi đau ngực không phải tại phổi hay màng phổi như: đau dây thần kinh liên sườn, đau [illegible] do bị lạnh.

B, KHÓ THỞ.

Khó thở không nhất định tại có bệnh hô hấp mà còn có thể tại sốt nhiều, nhiễm độc, đau tim và loạn chứng tuần hoàn, đau ngực và loạn chứng thần kinh.

Tùy theo nhịp thở nhanh chậm hay không đều mà chia ra làm 3 loại khó thở:

1. Khó thở nhịp nhanh.

Bình thường mỗi phút thở từ 16 - 20 lần. Khi khó thở nhanh mỗi phút có thể đến 40 - 60 lần hay hơn nữa và càng thở nhanh thở lại càng yếu, như trong bệnh phế viêm, phế mạc viêm cấp tính, lao kê, tắc mạch máu phổi và trong các bệnh có sốt hoặc [illegible], các trường chứng thiếu máu, trong bệnh viêm não bị bại liệt hay co rút những cơ chủ [illegible] thở.

2. Khó thở nhịp chậm.

Có 2 loại: Khó thở vào chậm, và khó thở ra chậm.

a) Khó thở lúc hít vào chậm:
- Hít vào chậm và khó, thở ra ngắn.
- Hít vào khó khăn.
- Khi hít vào thấy lõm nhiều trên và dưới xương ức.

Hay thấy trong các bệnh: Co rút thanh quản, bại liệt thanh quản, hẹp khí quản hoặc ung thư trung thất.

b) Khó thở khi thở ra chậm. Thí dụ trong cơn hen.

3. Khó thở và nhịp thở thất thường.

Khó thở nhịp thở thất thường khi các trung tâm thần kinh bị rối loạn.

- Nhiễm độc cấp nặng vào các trung tâm [illegible] đặc thần kinh, tại thận hay [illegible].

Khi thận không đủ lọc [illegible] huyết có cơn khó thở rất đặc biệt gọi là nhịp thở [illegible] Cheyne - Stokes : [illegible]

398

mấy lồng [illegible] thì, nhịp thở yếu dần rồi bệnh nhân không thở trong thời gian [illegible] giây, tưởng là bệnh nhân chết, nhưng nhịp thở [illegible] bắt đầu thở [illegible] mạnh lên rồi dần một lúc sau lại [illegible]. vv...

C/ HO.

Ho là một động tác phản xạ có tính cách tự vệ có mục đích tống ra ngoài khí đạo:

- những dị vật rơi nhầm vào đó.
- những chất bài tiết của cơ quan hô hấp.

Xuất phát điểm của động tác phản xạ đó là niêm mạc đường hô hấp [illegible] ở dưới [illegible] làm [illegible] phế [illegible] nhưng cũng có thể xuất phát [illegible] ngoài [illegible] như ở mũi họng, ở màng phổi, ở [illegible], ở tử cung, vv...

Đặc tính của triệu chứng.

a) Ho có đờm hay ho khan.

Ví dụ: Ho có đờm: phế quản viêm thời kỳ toàn phát.
Ho khan: như trong họng viêm hoặc phế quản viêm ở thời kỳ đầu, [illegible] kỳ đầu.

b) Ho nhiều hay ít.

Chất bài tiết trong phổi nhiều hay ít. Ví dụ: dãn phế quản thì ho ra nhiều đờm.

c) Nhịp độ.

Thường thường, mỗi [illegible] tình từng cơn đặc biệt.

- Ho [illegible] khi bệnh [illegible] bắt đầu.
- Ho cơn [illegible] 15 - 20 tiếng trong ho gà: đặc biệt cơn ho gà có một tiếng ho [illegible] thở ra liên tiếp có khi [illegible] lúc [illegible] cuối [illegible] rít lên.

- Có khi mỗi cơn ho bệnh nhân lại nôn gọi là ho kèm nôn: thường gặp trong ho gà.

d) Ho tiếng trong hay tiếng khàn.

Ho tiếng khàn như khi viêm thanh quản; nếu viêm nhiều thì có thể mất tiếng.

e) Ho có thể gắt hay không gắt.

Ho gắt như phế viêm cấp tính, phế mạc viêm cấp tính, lao giai đoạn tiến triển.

Ho không gắt: ho[illegible], lao phổi giai đoạn ổn định khi phế thũng (emphysème pulmonaire).

D/ [illegible] ĐỜM [illegible].

[illegible] cùng [illegible].

1. [illegible].
2. [illegible] bệnh nhân ([illegible])
3. Khi viêm thanh quản.
4. Khi bệnh nhân [illegible] mất [illegible] nhiều.

E/ CÁC CHẤT KHẠC NHỔ.

Khạc nhổ tức là nhổ ra đằng mồm tất cả các chất ở [illegible]. Chất khạc nhổ đặc gọi là đờm. Thường nên phân biệt với chất khạc ra mồm có thể nhổ ra như nước bọt.

Xem chất khạc nhổ rất quan hệ. Lấy khí, đánh bệnh [illegible] soi kính hiển vi để xem vi trùng và tế bào.

Đặc tính và nguyên nhân

1. Đờm có 4 loại chính:

- Loại nhầy: Đờm hơi dính dính lầy nhầy: như phế - quản viêm thời kỳ đầu.
- Loại đờm thanh: nước lỏng màu trắng có bọt, thấy có trong bệnh phù phổi cấp.
- Loại đờm mủ: Trường hợp mưng mủ ở phổi.
- Loại đờm có máu hay là khái huyết: ví dụ khái huyết trong lao phổi.

Ngoài ra, có những loại đờm đặc biệt trong một số bệnh: như: phế quản viêm thời kỳ toàn phát có đờm nhầy mủ. Phế viêm thời kỳ toàn phát có đờm rất đặc, rất dính, dính vào chậu, ống nhổ có thể đặt úp ngược không rơi, màu đờm là màu rỉ sắt vì máu bị biến chất thành màu nâu.

Trong loại thư phổi hay khi khạc mủ hay có mùi hôi thối, có khi mới bước chân vào buồng bệnh đã ngửi thấy

F/ KHÁI HUYẾT.

1. Định nghĩa.

Khái huyết (ho ra máu) là khạc nhổ ra ngoài máu ở đường khí đạo dưới (phổi, thanh quản, phế quản, khí quản).

Máu có thể chảy ở cơ quan hô hấp thoát ra hay ở những cơ quan lân cận tràn vào khí đạo.

Cần phân biệt chứng khái huyết với chứng đổ máu cam, chảy máu lợi và nôn ra máu.

2. Triệu chứng.

Bắt đầu bệnh nhân thấy ngứa trong khí quản và nóng ở đằng sau xương ức; bệnh nhân thấy đờm mặn và khạc ra máu. Số lượng máu cũng thay đổi, tùy theo nặng, nhẹ có 3 loại:

a) Khái huyết trung bình (điển hình nhất).

- Bệnh nhân có khi thấy một vài dấu hiệu báo trước như: khó chịu trong người, nóng ở sau xương ức (ngứa cổ).
- Rồi sau một cơn ho, thấy vị tanh mặn trong họng và khạc ra máu.
- Máu khạc ra, màu đỏ tươi, có bọt, ra ít một, lẫn đờm.
- Một vài ngày sau, vẫn tiếp tục khạc ra máu, nhưng càng ngày càng thưa, máu ít và đen dần.

b) Khái huyết nặng ít gặp: [illegible] có khi trong 1 cơn ho

trong một lúc, khạc ra rất nhiều, bệnh nhân chết nhanh trong một sặc sụa, máu ộc ra mồm, ra mũi, trạng thái ngạt thở vì thiếu máu.

c) Khái huyết nhẹ : thường gặp.

Đờm vấy máu, có tia máu.

3. Chẩn đoán nhận biệt.

a) Chảy máu ở thượng quản, khí đạo trên:

- Chảy máu mũi : Trong lúc bệnh nhân nằm ngủ, máu từ mũi xuống hầu họng, sáng hôm sau khạc ra máu đen.
- Chảy máu chân răng, lợi, họng : Cần phải khám cẩn thận mũi, răng, họng bệnh nhân để xem có phải máu ở đó ra không.

b) Nôn ra máu. Sự nhận biệt căn cứ vào :

- Tiền sử của bệnh nhân : có chứng đau bụng kinh niên (hội chứng loét dạ dày tá tràng).
- Tính chất của triệu chứng nôn ra máu:
  + Tiền chứng :
    - Đau bụng.
    - Cảm giác nóng ở bụng trên.
    - Lợm giọng buồn nôn.
  + Sau đó, bệnh nhân nôn ra máu :
    - Đỏ xẫm, không có bọt.
    - Lẫn thức ăn.
    - Một ngày có thể nôn 3-4 lần, nhưng không ra lắt vắt như khái huyết.
  + Hôm sau, có thể ỉa ra máu: phân đen như bồ hóng.

4. Chẩn đoán nguyên nhân.

Phần quan trọng nhất trong vấn đề chẩn đoán vì có tác dụng hướng dẫn điều trị.

Theo thứ tự, thường thấy :

a- Lao phổi : Bệnh lao là nguyên nhân thường thấy nhất của khái huyết ở người, vì thế bao giờ cũng phải nghĩ đến bệnh này. Khái huyết có thể xảy ra trong tất cả các giai đoạn và các thể lao phổi, nhưng không phải bệnh lao nào cũng sinh ra khái huyết.

b- Bệnh tim hay mạch máu.

- Hẹp lỗ van hai mảnh (tăng mạc) sau lao phổi; bệnh này là nguyên nhân hay thấy.
- Tăng huyết áp động mạch : người khái huyết quá 40 tuổi, nên nghĩ tới chứng này.
- Vỡ túi phồng động mạch chủ.

c- Bệnh phổi cấp tính hay mạn tính (không phải lao).

Ở đây, chỉ kể những bệnh thường gặp :

- Phế viêm : Đờm có máu, thường biến chất màu sẫm như rỉ sắt.
- Ổ mủ ở phổi.
- [illegible] phổi.

401

KẾT LUẬN.

Khái huyết là một triệu chứng chung của nhiều bệnh. Tùy theo số lượng máu khạc ra và sự tái phát của khái huyết mà ấn định khái huyết nặng, nhẹ, trung bình.

Trước 1 khái huyết, phải nghĩ tới lao nhất đến rồi mới tới hẹp [illegible] hai lá (van [illegible]).

Muốn chẩn đoán nguyên nhân, cần khám [illegible], chiếu X quang; tìm vi trùng Koch trong đờm, khám tim, đo huyết áp, khám toàn thân.

x

x x

NHỮNG TIẾNG RÊN (RÂLES) VÀ TIẾNG CỌ SÁT PHẾ MẠC

- Bình thường, thì không khí lưu thông trong khí đạo chỉ nghe thấy tiếng rì rào phế nang, nhưng một cơ thể trong trường hợp phế quản hay phế nang bị viêm, có những bài tiết khi không khí đi qua cọ sát vào có thành những tiếng rên.

- Đối với phế mạc, khi phế mạc bị viêm, hai lá phế mạc cọ sát vào nhau trong lúc thở và sinh ra tiếng cọ sát phế mạc.

A/ TIẾNG RÊN.

1. Nguyên tắc chung: Là ở phế quản hay phế bào [illegible] bài tiết ra chất nhầy khi không khí đi qua [illegible] lẫn lộn với một thể dịch ấy tạo thành một thứ tiếng mà ta gọi là tiếng rên.

Có 3 loại rên chính:

- Rên khô: rên rít và rên ngáy.
- Rên [illegible].
- Rên ướt:
  + rên ướt nhỏ.
  + rên ướt vừa.
  + rên ướt to.

a) Rên khô.

Tính chất chung là nghe thấy ở một chỗ ở trên ngực, nghe thấy ở cả 2 thì, và nhất là ở thì thở ra. Nó có thể biến đổi hay mất.

Có 2 loại rên khô:

- Rên rít.- Tiếng nhỏ và cao, nghe như tiếng con chim [illegible] kêu chiêm chiếp, có khi [illegible] trung bình [illegible] thở ra.

Nguyên tắc rên rít là ở nơi phế quản nhỏ và trung bình [illegible].

- Rên ngáy.- Nghe trầm hơn như một tiếng ngáy người ta ngáy nói.

Nguyên tắc rên ngáy ở phế quản to phát ra.

Với điều kiện khi phế quản [illegible] viêm [illegible] thể [illegible] phế quản có chất tiết dính [illegible] thành [illegible] lại; rồi không khí đi qua làm thành tiếng rên.

Thường gặp trong bệnh phế quản viêm cấp tính và mạn tính hơn.

b) Rên lép bép.

Tính chất chung là tiếng nổ nhỏ nhỏ, nghe như tiếng muối rang ở trên chảo nóng hay như tiếng vo mớ tóc, người ta nghe thấy ở trong thì thở vào hay cuối thời kỳ thở vào thành nhiều chuỗi đi liền nhau.

Nguồn gốc và Nguyên nhân.

Ở phế bào bị viêm tiết ra một chất fibrin quánh làm dính thành phế bào với nhau. Khi thở vào không khí tách thành phế bào ra và sinh ra tiếng nổ lép bép.

. Thấy ở bệnh phế viêm thời kỳ đầu.

c) Rên ướt.

Rên ướt chia ra : - loại nhỏ;
- loại vừa;
- loại to.

Rên ướt là loại rên rất thường nghe thấy, nghe như bong bóng nổ trên mặt nước. Nghe thấy ở cả 2 thì, và ho có thể làm biến đổi tiếng rên đó đi.

Nguồn gốc ở phế bào hay phế quản có chất đờm lỏng, không khí vào khuấy lên thành rên ướt. Nguyên nhân trong tất cả các bệnh có đờm: lao, bệnh phế quản viêm thời kỳ có đờm, bệnh phế viêm thời kỳ sắp khỏi, vv...

Các loại rên ướt nổ to hơn và nó vang lên trong một cái hang thì gọi là rên hang.

B. TIẾNG CỌ SÁT PHẾ MẠC.

Tính chất của nó là những tiếng thô ráp âm sắc thô, nếu mạnh thì nghe như tiếng cọ vào hai miếng da; nếu vừa thì nghe như tiếng cọ vào một miếng lụa. Nhẹ thì nghe như tiếng cọ hai đầu ngón tay khô cọ vào nhau.

Tiếng cọ sát phế mạc là tiếng nghe thấy đi đi lại lại, cảm giác nông như ở bên ngoài. Nghe thấy cả 2 thì và ho không làm mất đi.

Nguồn gốc và Nguyên nhân.

Do 2 lá phế mạc bị viêm, nhưng chưa có nước. Thấy ở phế mạc viêm thời kỳ đầu, hay phế mạc viêm đã cạn rồi, cũng có thể nghe thấy tiếng cọ sát phế mạc.

1[illegible].4.1963

Lê văn Hồng
AT

6

CƠN HEN

I.- DINH NGHIA .

Hen là một hội chứng hô hấp xảy ra ở một thể địa đặc biệt, biểu hiện bằng những cơn khó thở .

- Khó thở ra chậm
- Tính chất đột ngột, mạnh liệt
- Cách một thời gian không nhất định, bệnh hay trở đi trở lại .

II.- CƠ CHẾ CƠN HEN ;

Cơn hen biểu lộ sự mất thăng bằng giữa giây thần kinh phế vị và giây giao cảm . giây phế vị tăng cường làm phát sinh co thắt phế quản, cơ Ret-xet-xen thắt lại, vì thế khó thở, ngoài ra còn làm ứ máu và tăng tiết niêm mạc phế quản, do đó về cuối cơn bệnh nhân nhổ nhiều đờm nhãy .

Rối loạn thần kinh này biểu diễn ở một thể địa đặc biệt có một hệ thống thần kinh tự động dễ bị cảm ứng .

III.- NGUYÊN NHÂN PHÁT SINH .

Rất phức tạp, có thể là :

1/ Kích thích của hoàn cảnh bên ngoài, thay đổi thời tiết .... .

2/ Tổn thương của nhiều cơ quan khác nhau, trở thành những gai kíchthích, để gây rối loạn phản xạ và ảnh hưởng đến hệ thống tự động /

a) Đặc biệt các tổn thương ở bộ máy hô hấp, như :
- Các bệnh ở khí đạo trên : viêm mũi mãn tính, po-lip ở mũi .
- Các bệnh ở trung thất, viêm hạch phế quản, các u của trung thất .
- Các bệnh ở phổi như :
  Khí phế thũng
  Phế quản viêm mãn tính .

b) Các tổn thương ở cơ quan xa , thí dụ : các bệnh tiêu hóa như :
- Khó tiêu
- Viêm ruột thừa .

3/ Choáng phản vệ : có thể vì với sự xung đột giữa kháng nguyên và kháng thể trong một thể địa dễ cảm ứng .

Do ăn phải một chất gì (sữa. cá, tôm, cua ...) hoặc hít phải một chất gì(ở động vật như hơi ngựa, hơi cừu, ở thực vật như nhị hoa, rơm rạ ....) có thể sinh dễ cảm ứng đối với chất đó .

Lần sau, chỉ hơi ăn hay hít một tí, xung đột giữa cơ thể và chất đó nẩy ra, làm mất quân bình giữa giây phế vị và giao cảm, và cơn hen xuất hiện.

Hiện nay, người ta cho rằng hiện tượng choáng phản vệ là do trong cơ thể, chất gây choáng đã làm tiết nhiều chất it - ta-min (histamine), và choáng phản vệ có thể coi như một sự thoáng do it ta-min.

Tóm lại : ở một thể địa dễ bị cảm ứng, nhiều nguyên nhân phức tạp có thể gây rối loạn đột ngột trong hệ thống phế vị giao cảm, đặc biệt là những nguyên nhân bên trong : một cái gai kích thích, một sự choáng phản vệ ... kết quả của sự rối loạn thần kinh đó là cơn hen.

IV.- CHẨN ĐOÁN.

A/ CHẨN ĐOÁN QUYẾT ĐỊNH

Thường cơn hen phát sinh trong hoàn cảnh thay đổi thời tiết trời mưa hay đang nóng trở lạnh.

1/ Cơn hen điển hình biểu hiện như sau :

a) Bắt đầu cơn : hết sức đột ngột, thường vào giữa đêm. Có khi ban ngày đã có một vài triệu chứng lờ mờ: cảm giác đầy bụng, ngứa cổ, người hơi khó chịu, nhiều khi không thấy gì lạ.

Chập tối, bệnh nhân đi ngủ còn khỏe mạnh, bỗng nhiên giật mình tỉnh giấc, thấy khó thở và nổi hen.

b) Cơn hen ở yếu tố chủ yếu là triệu chứng chức phận : khó thở. Bệnh nhân thấy tức thở toàn ngực, nhất là sau xương ức, ngay từ đầu, khó thở đã mạnh và cứ tăng dần. Bệnh nhân lo sợ, hoảng hốt, ngồi bật dậy, tung chăn, cởi áo, có khi chạy ra sân cho thoáng khí.

Mới đầu, thở ra hít vào đều khó nhưng sau khó thở nhất ở thì thở ra, nhịp thở chậm lại, bệnh nhân tìm đủ cách để thở ra cho dễ : người cúi ra đằng trước, tay ép bụng.

Hơi thở ầm ĩ, khò khè, cò cử.

Khám phổi.

Gõ : bình thường hoặc tiếng vang trống.

Nghe: hơi thở vào ngắn, thở ra dài và khò khè, Rất nhiều tiếng rên rít và rên ngáy, thỉnh thoảng có rên ướt.

Toàn thân : không sốt, chỉ hơi mệt.

c) Hết cơn :

- Cơn kéo dài 2, 3 giờ, có lúc bệnh nhân mệt thiếp đi.

- Gần sáng, có một vài cơn ho nhẹ bệnh nhân nhổ đờm nhầy, trong đó có nhiều chất nhầy nhớ, màu xám, gọi là đờm hạt trai; soi kính hiển vi sẽ thấy rất nhiều tế bào ái toan.

Sau đó, khó thở bớt và hết dần, bệnh nhân thấy dễ chịu.

2/ Tiến triển của cơn. Có thể.

- Chỉ có một cơn rồi hết, hoặc có đợt hen, Ngày hôm sau, lại bình thường như không, đôi lúc cơn hơi khó thở. Nhưng đến đêm, cơn lại xuất hiện, cứ như thế trong 7,8 đến liền thành một đợt hen.

- Sau một đợt hen hoặc bệnh nhân có thể khỏi hàng 5,6 tháng hoặc mắc nhưng chứng có liên quan để hen như cũng ảo thế địa dễ súc cảm, thí dụ : nổi ban, chàm ....

Gặp một hoàn cảnh thuận, cơn hen trở lại, như vậy có khi hàng năm không dứt bệnh thành kinh niên.

- Trong giai đoạn kinh niên, sự biến diễn của một cơn hen cũng bị ảnh hưởng, càng ngày cơn hen càng kéo dài, ban ngày tuy không có cơn rõ rệt nhưng hơi tức thở.

Sau vài năm tiến triển, có thể sinh ra biến chứng, như : phế quản viêm mạn tính, kèm theo : phổi mất tính chất đàn hồi, sinh ra khí thũng phổi. Các tổ chức liên kết quanh phế bào bị sơ cứng sinh ra sơ cứng phổi

3/ Tóm tắt :

Chẩn đoán quyết định cơn hen dựa vào :

- Tiền sử của bệnh nhân : đã mắc nhiều cơn tương tự.

- Tính chất của khó thở, đột ngột và kịch liệt, khó thở ra chậm, sự biến diễn qua 2 giai đoạn: giai đoạn khó thở (co thắt phế quản), giai đoạn khạc đờm (tăng tiết phế quản).

- Sự tiến triển từng cơn cách quãng với những thời gian bệnh nhân bình thường.

B/ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1/ Khó thở của các bệnh phổi và màng phổi cấp tính như : phế viêm, phế mạc viêm, khí phế mạc.

2/ Tắc mạch máu phổi.

- Hay phát sinh sau khi bệnh nhân được phẫu thuật
- Bắt đầu đột ngột mạnh liệt.
- Khó thở kiểu khó thở nhanh - đau chói ngực dữ dội và cảm giác ngực bị thắt lại.
- Phổi gõ đặc vừa - tiếng thở giữ thổi rải-rên ướt.

3/ Phù phổi cấp.

- Khó thở nhanh, đột ngột mạnh liệt.
- Nhổ đờm huyết thanh rất nhiều : đờm đặc biệt là một thứ bọt màu hồng.
- Nghe phổi : rên ướt như thủy triều dâng, từ đáy lên đỉnh phổi.

4/ Khó thở thanh quản.

- Khó thở vào chậm có cử.
- Khi hít vào, trên và dưới xương ức bị lõm lại.
- Nói khó.

V.- XỬ TRÍ CƠN HEN .

1/ Cơn ngắn :

+ Uống Ephedrine (tác dụng kích thích giao cảm thần kinh) viên 0,01g : 3 viên một ngày cách nhau 5 - 10 phút. Thường phối hợp với Gardenal 0,01g : mỗi lần 1 viên với Ephedrine.

+ Hoặc viên Belladone (viên 0,01) từ 1 - 3 viên.

2/ Cơn hen trung bình

+ Adrenaline 0,001 mg tiêm dưới da hay bắp thịt , tác dụng rất nhanh nhưng không nên cho nhiều và dùng thường xuyên.

+ Atropine (ống 1/4mg), mỗi ngày tiêm 1/4m, dưới da hay tĩnh mạch .

-, Theophylline hay Aminophylline (ống 0,50) có thể tiêm 2, 3 ống rải rác trong ngày vào tĩnh mạch, tiêm chậm .Tác dụng làm phế quản to và nở ra .

-. Các thuốc kháng i-ta-min tổng hợp : Neo-antergan (0,05) : uống mỗi lần 2 viên một ngày có thể uống từ 4 - 10 viên .

3/ Cơn nặng .

+ Aminophylline .

+ Novocaine 1% tiêm tĩnh mạch chậm, mỗi ngày 3 lần, mỗi lần 10cc .

- ACTH : ngày đầu 100mg chia làm 4 lần tiêm bắp, cho như thế độ 2 ngày rồi bớt dần, phải cho trong 7 - 10 hôm vì nếu nghỉ sớm cơn hen sẽ trở lại .

VI.- DỰ PHÒNG .

1/ Tránh những nguyên nhân phát sinh ra cơn. Ví dụ : các thức ăn hoặc chất hít gây ra choáng phản vệ .

2/ Điều trị các gai kích thích .

3/ Vệ sinh ăn uống :

- Bệnh nhân nằm phòng ấm khô thoáng khí .
- Giữ kín cổ ngực cho khỏi lạnh, nhất là những hôm trời trở gió .

- Trong những ngày lên cơn, không nên ăn no, ăn các chất lỏng, ít thịt nhiều rau .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

7

BENH HOC HO HAP
=0=0=0=0=0=0=0=0=

PHE VIEM CAP TINH :

Pneumonie franche hay pneumonie lolaire aiguë .

I.- DINH NGHIA :

Phế viêm,hay phế thùy viêm là 1 bệnh cấp tinh gây ra bởi phế cầu trùng co những đặc điểm .

- Về giải phẫu bệnh học là sự can hoa của cả 1 thùy phổi (hepatiration lolaire).

- Về bệnh nghiệm : bắt đầu đột ngột và thoái lui đột ngột, tiến triển mạnh liệt nhưng hồi phục dễ dàng, trên một cơ thể khỏe nhưng chẩn đoán không kịp thời sẽ gây ra biện chứng nguy hiểm.

II.- NGUYEN NHAN :

- Phế viêm hay phế thùy viêm dễ gặp ở mọi tuổi lớn bé già trẻ trai gái .

- Vi trùng gây bệnh thường là phế cầu trùng (Pneumocoque fraenkel - talamon là cầu trùng kẹp hình ngọn nến hai đầu nhọn chấu vào nhau đi với nhau từng đôi co khi xếp thành chuỗi chung quanh co vỏ bọc, bắt gram + .

Co thể do vi trùng khác vi du như bồ đào cầu trùng , liên cầu trùng, bacille friedlander hay siêu vi trùng v.v...

- Nguyên nhân thuận lợi lây cho bệnh dễ khởi phát như : thời tiết lạnh thường xảy ra về mùa đông, ở những người không chú ý giữ ấm ngực, bị lạnh đột ngột (vi dụ , trời đang nắng hành quân bị mưa rào, canh gác dưới giao thông hào).

Co thể suy nhược
Các bệnh ở mũi họng : làm cơ sở cho vi trùng phát triển và lan xuống bộ phận hô hấp dưới .

III.- GIAI PHAU BENH HOC :

Trong phế viêm thường thường cả 1 thùy phổi bị tổn thương tiến triển qua 3 giai đoạn .

1/ Giai đoạn xung huyết : khoảng từ 1-2 ngày . Phổi bị sung huyết đặc máu, do tim nang hơn phổi thường, cắt một riêng thả xuống nước lơ lửng ở giữa lấy ngón tay ấn vào còn hồi lao sao.

Phế bào bị viêm tiết ra huyết dịch và huyết cầu nhất là bạch cầu và tiết ra chất fibrin vì thế gọi là alveolite fibrino - leucocytaire và co nhiều phế cầu trùng .

2/ Giai doan can hoa do = phoi dac hon do san va ran nhu gan, lấy tay ấn vào không lao sao thả xuống nước chìm hẳn .

Phế bào bị viêm, fibrin tăng rất nhiều và vít kín hết phế bào .

3/ Giai đoạn cuối :

- Nếu bệnh khỏi thì can hoa do biến thành can hoa vàng xung huyết giảm dần, chất tiết được tiết ra hoặc khạc ra phổi trở lại bình thường .

- Nếu nặng : can hoa do biến thành can hoa xám tổ chức phổi bị thối nát thành mủ .

IV.- TRIỆU CHỨNG :

A/ THỜI KỲ BẮT ĐẦU: bệnh phát rất đột ngột .

1/ Triệu chứng chức phận và toàn thân : đang khoẻ mạnh bỗng nhiên có 1 cơn rét run dữ dội mãnh liệt dộc nhất kéo dài trong khoảng nửa giờ tới 2 giờ . Ngay khi rét bắt đầu sốt nhiệt độ vọt lên 40° Mạch 110 - 120 .

Bệnh nhân thấy khó thở và đau chói ngực khó thở nhanh và nông . Điểm đau ở vùng vú nách hay sau lưng . Càng thở mạnh càng ho càng đau thêm .

Ho khan, ho từng tiếng ngắn không thành cơn .

2/ Triệu chứng vật thể : Nghe ở vùng phổi bị viêm thấy một hội chứng đông đặc nhẹ : nghe thấy tiếng thở thổi, huyết rên lép bép, 24 giờ sau bệnh chuyển sang thời kỳ toàn phát .

B/ THỜI KỲ TOÀN PHÁT .

Tất cả các triệu chứng đều tăng và trở nên điển hình .

1/ Triệu chứng chức phận : khó thở và đau chói trong mấy ngày tăng dần rồi nhẹ dần .

Ho ra đờm đặc, quánh dính, dính chặt vào ống nhổ vì có nhiều fibrin , đờm màu rỉ sắt do nhũ gạch non vì có máu biến chất .

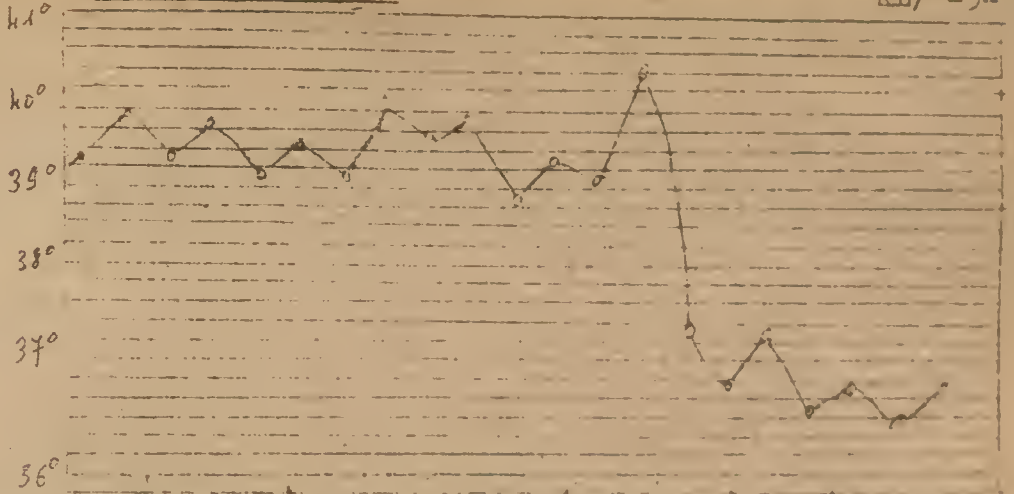
2/ Triệu chứng toàn thân :

- Nhiệt độ hình cao nguyên xấp xỉ trên dưới 40° giao động lên xuống trong vòng 1 độ kéo dài trong vòng một tuần lễ .

- Mạch nhanh và yếu 110 đến 120 .

Nhiệt độ hình cao nguyên

140
125
110
95
80
63



- Sặc mặt đo gay, có khi thấy chọc mép, miệng dàng luỡi bủ, chán ăn, khát nước, nước giải đo và ít .

Bệnh nhân thuờng mệt lử ngay từ đầu đôi khi mê sảng .

3/ Triệu chứng vật thể :

Nhìn : cử động thở nhanh và nông, thành ngực bên đau thở rất yếu và có thể bất động .

Sờ : rung thanh tăng :
Gõ : tiếng đục gõ

Nghe : + tiếng thổi ống: xuất hiện ở giữa huyệt rên lép bép càng ngày càng mạnh càng rõ .

+ Tiếng rên lép bẹp : chung quanh tiếng thổi ống có một vòng rên lép bép dần dần lan rộng.

Tom lại có một hội chứng đông đặc điển hình .

4/ Chiếu X quang : có 4 bóng mờ đều hình tam giác chiếm cả 4 thùy hay một phần thùy .

- Hoa nghiệm : thử đờm : thấy nhiều phế cầu trùng và bạch cầu đa nhân còn nguyên vẹn .

Máu bạch cầu tăng 15.000 - 25.000 .

Bạch cầu đa nhân trung tính 80 - 90% với triệu chứng trên bệnh tiến triển trong vòng 7 - 8 ngày rồi buớc sang thời kỳ thoái lui .

C/ THOI KY THOAI LUI :

Thời kỳ này thường báo hiệu bằng một cơn biến chuyển nặng sảy ra vào ngày thứ 8 thể hiện : triệu chứng chức năng toàn thân tăng lên sốt 40°5 hay 41°, mạch nhanh, khó thở, người mệt thêm giai đoạn này rất ngắn chỉ một vài giờ tất cả các triệu chứng hạ một cách đột ngột nhiệt độ 40° hạ xuống 39°5 mạch trở lại bình thường, mồ hôi ra nhiều và số luợng nước tiểu cũng tăng lên .

Khám phổi lúc này hội chứng đông đặc giảm dần nhưng vẫn còn , nhưng nghe thấy tiếng rên nổ 2 thì (rên ướt).

414

Thong thuong thi hinh anh X quang 2 tuan moi het .

Tom lai phe viem co 3 dac diem .

- Su khoi phat dot ngot
- Benh khoi nhanh chong sau 1 chu ky nhat dinh
- Hoi chung dong dac phoi .

V.- CAC THE BENH .

Xep theo vi tri ton thuong.

1/ Phe viem dinh phoi : the nay tre con, nguoi gia, nguoi nghien ruou hay mac, dau hieu kin dao thuong de bo qua chu y khong bao gio quen kham ho nach.

2/ Phe viem di chuyen , o thuy no lan toi thuy kia , thuy nay gan khoi , thuy khac lai bi .

3/ Phe viem ca 2 phoi : the nay hiem va rat nang .

4/ Phe viem toan khoi .

+ Hiem va nang .
+ Chat fibrin tiet ra nhieu vit dac cac phe quan vi the dau hieu giong nhu tran dich .
+ Rung thanh giam hoac mat .
+ Khong co tieng thoi ong .
+ Tieng tho mat
+ Mat tieng ren
+ Go : dac .
+ Choc do khong co nuoc .

VI.- BIEN CHUNG .

A/ O PHOI : - abces phoi - can hoa xam .

B/ O PHE MAC :

1/ Phe mac viem dong thoi voi phe viem : thuong la phe mac viem dich thanh fibrin mau vang chanh chung to su phan ung cua phe mac gan cho bi viem . Do la the phe mac phe viem (pleuro pneumonie) :

Go dac , rung thanh giam

Nghe thay tieng thoi ong phe mac va tieng ren lep bep nho. Bien chung nay de khoi . Thuong say ra sau 4-5 ngay trong thoi ky toan phat .

2/ Phe mac viem hau phe viem :

Sau khi khoi 1 vai ngay hay mot vai tuan . Co the la phe mac viem dich thanh fibrin, nhung thuong la phe mac viem mu.

Quy tắc : Nếu 1 bệnh nhân khỏi 1 thời gian vài ngày đến 1 vài tuần rồi, bị sốt lại, nhiệt độ giao động mạnh bao giờ cũng fai tìm biến chứng ở phế mạc .

C/ BIẾN CHỨNG Ở TIM :

Cần theo rõi tim mạch vì dễ sinh chứng tâm cơ viêm .

1/ Tiếng tim đập yếu
2/ Mạch nhanh yếu và loạn nhịp .
3/ Huyết áp hạ .

D/ BIẾN CHỨNG KHÁC :

1/ Nhiễm trùng huyết
2/ Thận viêm .
3/ Màng não tủy viêm do phế cầu trùng
4/ Khớp viêm mủ .

VII.- CHẨN ĐOÁN QUYẾT ĐỊNH .

Chẩn đoán dựa vào .

1/ Lâm sàng .

+ Dựa vào hội chứng nhiễm trùng, sự khởi phát đột ngột, sốt liên miên, thoái lui đột ngột .

+ Hội chứng đông đặc phổi .

2/ Hóa nghiệm : xét nghiệm đờm, máu
3/ X quang : hình ảnh điển hình trong phế thùy viêm .

VIII.- ĐIỀU TRỊ :

A/ VỆ SINH ĂN UỐNG, HỘ LÝ .

- Bệnh nhân nằm trong phòng ấm thoáng khí, đánh răng súc miệng sạch sẽ hàng ngày; chlorate de potasre dung dịch 1%-2% .

- Thụt ỉa cho bệnh nhân 1 lít nước đun sôi để nguội có thể pha thuốc tím 1/4.000 còn có tác dụng thoái nhiệt độ.

- Ăn lỏng : sữa, cháo, canh súp .
- uống nhiều nước 2 - 3 lít 1 ngày .

B/ ĐIỀU TRỊ :

- Áp dụng cụ thể điều trị :

a) Chống vi trùng bằng :

416

NOI 3. Bệnh hoa ho hap.

Sulfanid va cac nam khang sinh nhu penicilline, Streptomycine aureomycine terramycine co the dung don thuan hay phoi hop nhieu thu. Neu o the nhe voi the trang co dia tot dung sulfamid cung du.

Vi du : Sulfadiazine.

Ngay 1 - 2 6 gam chia lam 6 lan
3 - 4 ngay 4 gam 4 -
5 - 6 2 - 2 -

Neu o the nang voi co dia yeu phai dung cac nam khang sinh phoi hop

- Penicilline 500.000 den 1 trieu don vi mot ngay
- Aureomycine 1 gam - 2 gam mot ngay.
- Streptomycine 1 gam mot ngay.

Thuong dung phoi hop.

- Penicilline + Sulfamid.
- Penicilline + streptomycine,
- Aureomycine + Sulfamid.

Cac thuoc tren phai dung it nhat 2 ngay sau khi het sot.

b) Giup co the khang nhiem :

- Nghi ngoi it nhat 1 tuan hay 10 hom o trong phong am ap.

- An uong nhe nhang thuc an de tieu uong nhieu nuoc nhu duong chanh cam, tren 2 lit 1 ngay de giup cho su tiet nieu.

- Kich thich co the toan dien bang :

Thuoc nuoc Todd moi ngay 50 - 100cc chia lam 2-3 lan trong ngay.

C/ DIEU TRI TRIEU CHUNG.

1/ Kho tho, dau choi, ho : vien ho Benzo-opi moi ngay 2-6 vien Terpine codeine.

- Morphine 0,01 tiem S/C T^re D'opium XXX g^ttes.
- Giac kho hay giac trich, sirop Io, sirop codeine 20cc.

2/ Tro tim : Huih Camphrée moi ngay 2 ong, Sparteine 0,05 S/C coramine.

3/ Tro luc toan than = Acetate d'ammoniaque 4 - 6 gam.

4/ Trieu chung me sang : Bromurede K 2 - 3 gam.

5/ Tri trieu chung sot nhieu. Antypirine 1 - 2 gam Aspirine, 1 - 2 gam hoac A.P.C. 1 gam - 2 gam.

IX .- DU PHONG :

Phe viem la 1 benh tuong doi de khoi tru truong hop dac biet, tuy vay ngay trong the nhe cung co the co bien chung. Phe viem de tai phat nen phai dat van de phong benh.

1/ Doi voi nguoi lanh : giu am nguc co, ve sinh rang mieng tranh nhiem lanh dot ngot.

2/ Tieu diet o nhiem trung.

- Tre em chua Va ; amygdalite.
- Nguoi lon : chua benh mui, viem xoang mat

3/ Doi voi benh nhan.

- De phong bien chung.
- Chan doan som, chua manh dung lieu luong cach ly kip thoi.

3,1,64 → PHE QUAN VIEM CAP TINH

PHE QUAN VIEM CAP TINH

I.- DAI CUONG :

A/ DINH NGHIA :

Phe quan viem cap tinh tuc la viem cap tinh cac phe quan chi ap dung cho viem phe quan to va vua.

Con viem cac phe quan ly ty goi la mao phe quan viem (bronchite capillaire) khong thuoc vao phe quan viem cap tinh ma thuoc ve phe quan phe viem.

Phe quan viem cap tinh thuong gap hai the.

+ The nguyen phat
+ The thu phat.

B/ NGUYEN NHAN :

1/ Nguyen nhan sinh ra boi phe cau trung, lien cau trung, ba dao cau trung, co the la truc trung friedlander.

2/ Nguyen nhan thuan loi.

- Nhiem lanh : nhu hanh quan ban dem duoi troi mua, chien dau trong muong mu, mua dong hoat dong o nhung noi am uot.

- Bui hoi doc nhung chat do hay kich dong niem mac fe quan de nhiem trung de bi viem. Ngoai ra bui thuoc Iodure : iodure de K hay lam tang tiet phe quan lam cho vi trung de nay no.

- Nhung benh o mui hong thanh quan cap tinh hay la man tinh vi du : VA, viem mui hau, thanh quan viem.

II.- TRIEU CHUNG :

The nguyen phat.

418

Mot benh nhan bi lanh roi thay so mui khan co viem do tu mui hong lan xuong phe quan viem tien trien qua nhieu thoi ky .

A/ THOI KY BAT DAU.

1/ Trieu chung chuc phan va toan than .

Benh nhan thay nong rat o sau mo ac, co khi hoi dau o nen long nguc . Cung co khi khong dau roi thay ho khan nhat la ban dem .

Toan than sot nhe ham hap 38 - 38°5 hoac khong sot ty nao.

2/ Dau hieu vat the .

Nghe thay ren kho (ren rit, ren ngay) vi phe quan bi viem day len co mot chat nhay bam vao niem mac lam cho co nho lai.

Bieu dien trong 2 - 3 ngay .

B/ THOI KY TOAN DIEN .

1/ Trieu chung chuc phan va toan than .

- Ho van con, ho tuong doi bot di va co dom nhay trang hoi dinh. Cang ve sau co dom nhay mu hoac xanh hoac vang .

- Toan than hoi met,mieng dang, co the co sot nhe vai hom roi khoi .

2/ Dau hieu vat the . Co the co ren kho. Ngoai ra co ren uot .

C/ TIEN LUONG :

1/ Tien trien co 3 truong hop .

a) Benh nhe do 5 - 6 ngay roi khoi thay o thanh nien khoe manh .

b) Khoi roi lai phai lai co the mac di mac lai nhieu lan roi thanh ra man tinh .

Nhung benh nhan nay hay gap o nhung benh nhan co nhung benh kinh nien o khi dao tren VA, thit thua o mui la dieu kien du tri vi trung .

c) Co nhung bie[illegible] nguy hiem la phe quan phe viem. Khong [illegible] o thanh nien khoe manh ma thay o tre con khi bi benh soi, dau mua.

2/ Tien luong .

- Tien luong nhe o nguoi lon, benh de khoi khong co gi nguy hiem .

- O nguoi gia tre con hay nguoi suy yeu nhieu rau bi co the co bien chung nang phe quan phe viem .

III.- CHAN DOAN.

A/ CHAN DOAN QUYET DINH.

- Cǎn cứ vào rên khó rên ướt.
- Cǎn cứ vào ho.

B/ CHAN DOAN PHAN BIET.

- Hen.
- Phế quản viêm:

1/ Hen cũng có rên khó rên ướt nhưng đặc biệt có cơn khó thở điển hình khó thở ra chậm.

Dự 1 cơn khó thở phân biệt được ngay.

2/ Phế quản phế viêm.

Triệu chứng bệnh nghiêm nặng hơn: sốt nặng hơn, khó thở nhanh và nhiều hơn. Nghe thấy rên khó rên ướt vào những dấu hiệu đông đặc rải rác hai phổi và thay đổi luôn.

IV.- DIEU TRI.

A/ HỘ LÝ:

Bệnh nhân nằm nghỉ, ăn nhẹ uống nóng. Giữ ấm chân, ấm cổ ngực, giác khô.

B/ THUỐC:

1/ Xông mũi họng:

Alcool menthole $\frac{1}{2}$cc trong 1 bát nước sôi, hoặc Eucalytus $\frac{1}{2}$cc + Benjoin $\frac{1}{2}$cc + Alcool 5cc trong bát nước sôi mỗi ngày xông 3 lần.

2/ Nhỏ mũi: Argyrol 3% + Ephedrine 3% mỗi ngày 2 lần trong 5 ngày.

3/ Trị ho - Sirop Ho. 20cc.

- Hoặc Teinture Belladone, Teinture Aconit, Teinture Drosera: ââ XXX giọt; Sirop thường 100cc.

Cách 5 giờ uống một thìa súp (soupe).

- Terpine Codeine 2 - 4 viên.

4/ Trị trùng:

Sulfamid 0,50 6 viên 1 ngày trong 4 ngày.

Hoặc các thuốc kháng sinh khác như: Penicilline, auréomycine, chloromycetine, streptomycine.

Ví dụ: viêm phế quản ho của thì dùng auréomycine 0,50 tới 1 gam trong ngày.

Phé quản viém do ho ga chloromycetine mỗi ngày một gam .

Chú ý : - cần sát trùn, đường hô hấp trên .
- Không dùng kháng sinh bừa bãi gây vi trùng quen thuốc, theo rõi mạch nhiệt độ để phát hiện sớm biến chứng .

PHẾ QUẢN PHẾ VIÊM (Bronchopneumonie).

A/ ĐỊNH NGHĨA .

Phế quản phế viêm là một loại bệnh viêm phổi và khí quản rải rác ra thành nhiều ổ nhỏ, có thể chỉ do một thứ vi trùng hoặc do nhiều thứ vi trùng gây nên. Người ta thường chia làm 2 loại phế quản phế viêm .

1/ Phế quản phế viêm thứ phát : tức là đến sau các bệnh khác như sởi, ho gà, cúm, bạch hầu v.v... Bất cứ thời nào cũng có thể mắc .

2/ Phế quản phế viêm nguyên phát : thường là trẻ em : Trẻ em từ 8 tháng đến 2 tuổi hay mắc .

Trong các loại vi trùng sinh ra phế quản phế viêm thì đứng đầu là phế cầu trùng (pneumocoque) vi trùng này, thường xuyên ở trong mũi họng, sau đến các loại khác như liên cầu trùng (Strepto) vi trùng chùm nho (Staphylo).

B/ TRIỆU CHỨNG .

Chúng ta lấy [illegible] hình học tập một bệnh [illegible] quản phế viêm ở trẻ em là thường thấy nhất .

1/ Thời kỳ đầu [illegible] mũi họng .

a) Bệnh phát [illegible] đột ngột : trẻ em đang chơi, buồn n[illegible] thở và sốt ngay lên 39 - 40° .

b) Thường p[illegible] cách từ từ mới đầu là những triệu chứng [illegible] mũi, họ, nhiệt độ vào khoảng 38° , những trẻ em vẫn chơi , x[illegible] họng có ít rù ở trên rồi xuống chúng tỏ mũi bị nhiễm trùng, rồi nhiệt độ lên nhanh, thở bắt đầu khó, sắc mặt biến đổi .

2/ Thời kỳ toàn phát .

a) Triệu chứng chức phận và toàn thân .

- Khó thở là một triệu chứng đặc biệt của bệnh này trẻ em, thở khó và nhanh mỗi khi hít vào, mũi phồng ra . Lúc thở ra thì ngắn và khó khè . Nhịp thở nhanh đến 60 - 80 lần .

- Có thể ho luôn mồm, thành [illegible] tiếng một. Cơn ho có thể kéo dài mấy phút liền l[illegible] trẻ mau mệt .

- Sac mat nhot nhat, moi tim lai, cac dau ngon tay chan lanh toat, mat hom, to vo so hai .

- Da nong va kho, doi khi lanh va nhom nhop mo hôi.

- Mach nhanh den 141 - 160/ một phut , rat kho lấy mach, mach yeu va không đều là trieu chung nang .

- Sốt cao nhat la loai thu phat .

b) Triệu chứng thuc the .

Những trieu chung nay thay doi theo phoi bi viem ở cho nao, nhieu hay it, co nhieu dom hay không .

Gõ can thận thay co tung vung duc, thuong la phia day dàng sau lung . Sờ : rung thanh tang tung cho .

Nghe thay ren uốt , không đều ở hai phoi ren kho . Tom lại trieu chung nay khi co it khi co nhieu thay doi tung benh nhan va ngay ở một benh nhan cũng thay doi tung luc .

X quang : tu hai ron phoi lan ra co những hinh mo tron hay bau duc .

Những vet nay co đặc diem la nho không đều nhau, bờ không rõ, rai rac như tuyet roi hay chum lại thanh mot vet to hay một mang /

C/ XET NGHIEM :

Thử mau : trong công thức số bạch câu tang Neutro tang . Nuoc [illegible] : không co chat Albumine hay trieu chung ve than v.v.

D/ B[illegible] CHUNG :

1/ Viem tran dich [illegible] co 2 truong hợp .

- Neu nuoc it, k[illegible] in hut ra chi thay it nuoc vang hay duc rat nhieu bach c[illegible] n mà không co vi trung .

- Viem tran dich [illegible] truong hop nay nan vi mu rat nhieu. Khi chua co k[illegible] ien chung nay da lam [illegible] chet nhieu tre em .

2/ Tran khi phe mạc (pneumothorax) Biến chứng nay sinh ra do tui hơi bi vỡ .

3/ Thối tai : thuong thuong co rat it trieu chung vi vay nen phai cho kham tai .

5/ Xung khớp xuong .

Cac khớp xuong to như hong, dau goi, vai hay bi . Cac khớp không cử động . Sờ vao thay dau va nong. Tuy cac trieu chung như co vẻ nặng nhưng benh bien dien den cho khoi dễ dang.

6/ Viem mang [illegible] tim (pericardite) it khi bi .

E/ CHAN DOAN .

1/ Lam sang :

- Hoi chung nhiem trung nhiem doc .

- Kham phoi : khan 2 phe truong co tung vung go duc, rung thanh tang tung cho . Nghe nhieu o ren uot + ren kho rai rac 2 phoi nhat la o 2 nen phoi , dau hieu nay thay doi hang ngay .

2/ X quang : co tung vung mo 2 phe truong .

3/ Xet nghiem dom de tim vi trung .

G/ TIEN LUONG .

Benh phe quan phe viem la 1 benh rat nang tien luong kho vi co nhieu bat ngo .

Tien luong nang hon phe viem .

H/ DIEU TRI .

. Xem bai dieu tri phe viem .

Ngoai ra chu y chong ngat tho cho benh nhan bang cach cho ngui duong khi .

I/ PHONG BENH :

Phe quan vie[illegible] benh nguy hiem, [illegible] tri lai nhieu phien phuc [illegible] hu luon nhu y [illegible] cong tac phong benh r[illegible]

1/ Ch[illegible] phe qu[illegible] cun, soi ho ga, can [illegible] viem bang cach dung cac th[illegible] cach chua cho benh mau [illegible]

Nhung tre c[illegible] ation adenoide) [illegible] cho di nao .

2/ Chu y ve [illegible] cho an day du tinh khiet quan ao ve mu[illegible] ac an, giu nguc co chan tay cho am . Cho o rong, va tho[illegible] khi .

3/ Than trong viec cach ly : nhung noi tap chung tre em .

ooooooooooooooooooooooooooooooooooooo

Lê văn Hồng

 423

9

VIEM MANG PHOI HUYET THANH
SOI HUYET
=+=+=+=+=+=+=+=+=+=+=

I.- DAI CUONG .

Viêm mang phổi huyết thanh sợi huyết là một bệnh của màng phổi, biểu hiện ở trong khoang màng phổi có tràn một chất dịch như thanh huyết có nhiều sợi huyết .

Nguyên nhân của bệnh này phần nhiều do lao . Đứng trước bệnh viêm mang phổi huyết thanh sợi huyết, vấn đề quan trọng là tìm được nguyên nhân gì đã gây ra nó, để áp dụng một phương p... trị thích hợp.

II.- TRIEU CHUNG .

A/ THOI KY BAT DAU : Bệnh bắt đầu bằng 2 cách:

1/ Ngấm ngầm từ từ không rõ rệt, thường qua giai đoạn viêm màng phổi khô rồi sau tràn dịch .

Có những triệu chứng :

- Đau ngực : ít hay nhiều, thở mạnh đau thêm vị trí không nhất định. (ở vú hay bả vai).

... khan ... từng cơn, ... càng ho càng đau ... ngực

... hâm sốt, ...

...

...

bệnh nhân ... t ngày đỡ dần và

... bắt đầu có tràn dịch.

2 ... lúc đột ... hư phế viêm hay ủ máu ... hoi, nhưng ... Bệnh nhân trước ... vẫn khoẻ như thường, có khi ... , hay sau khi bị nhứ lạnh đột ngột, bỗng thấy .

- Khó chịu rồi ... run nhẹ kéo dài.

- Sốt cao ...

- Khó thở đau ... ngực khá mạnh, ho khan ...

Nếu khám phổi, bắt đầu thấy ... viêm và tr... dịch m... ung còn ... ng phổi

B/ THOI KY TOAN PHAT .

1/ Triệu chứng chức ...

- Ít ngày sau ho khan ... .

- Khó thở nhẹ hơn, nhưng nếu tràn dịch tăng, có thể vẫn khó thở nhiều.
- Điểm đau chói vẫn rõ và dai dẳng.

2/ Triệu chứng toàn thân.

- Hết run
- Vẫn sốt đều: 38°5 - 39° sáng chiều lên xuống tới 1° hay hơn nữa mạch nhanh.
- Bệnh nhân gầy xanh, đổ mồ hôi trộm, ăn không ngon.

3/ Triệu chứng thực thể.

a) Có dấu hiệu rõ rệt của một tràn dịch màng phổi: ba mất (mất rung thanh, mất tiếng vang, mất tiếng thở).

b) Chọc dò: dịch huyết thanh màu trong, vàng, chứa nhiều bạch cầu lympho, một ít hồng cầu. Phản ứng Rivalta dương tính (giỏ một giọt dịch huyết thanh vào một cốc đựng dung dịch nước có acid acetic, giọt ấy kết tủa và dần dần lắng xuống trông như khói tỏa ở đầu thuốc lá).

Soi kính hiển vi, thường không thấy vi trùng koch nên muốn xem có phải lao không, phải tiêm chủng dịch huyết thanh vào màng bụng chuột bạch, vài tuần sau mổ chuột bạch ra xem thấy màng bụng chuột, các hạch bị viêm lao.

c) Thử trực trùng ko[illegible] [illegible] đờm và chiếu X quang phổi.

C/ TIẾN TRIỂN [illegible]

1/ Khả quan [illegible]

Ba [illegible] toàn thân bớt dần s[illegible] thở dễ, song đau ngực [illegible] còn nghe thấy tiếng cọ [illegible]

2/ Nặng:

Dịch tiền-c[illegible] tháng, nên, phải chọc dò luôn để [illegible] màng phổi mủ

3/ Dính màng p[illegible]

+ Bệnh [illegible] co bóp.
+ Gõ thấy hơ[illegible]
+ Rung thanh [illegible]
+ Mất tiếng [illegible]

I.- CHẨN ĐOÁN [illegible]

II. 1/ [illegible] đặc, rên ướt

- Sot nhiem trung khac : cân theo roi .

2/ Thời kỳ toàn phat :

- Cân phân biệt vơi cac tran dich mang phoi khac (dich mu, mau) khi thủng mang phoi, lần choc dò phé mac .

- Dùng lâm vơi thuy thung mang phoi thuong gap trong bệnh tim và thận, tiến triển tư tư, không co dấu hiệu tran dich, không co phan ưng Rivalta, chi là huyết tương thấm qua mang phổi vào khoang mang phổi .

IV.- TIEN LUỢNG .

1/ Gan :

- Tường đối nhe, noi chung sẽ khỏi nếu sốt vưa, không keo dài, it mệt .

- Tiên lượng xấu nếu nhiệt độ không đều, keo dài, co thể suy nhược tràn dịch nhiều, gay nhanh .....

2/ Xa : có thể gây ra :

+ Dinh mang phổi
+ Lao phổi .

V.- DIEU TRI VA DU PHONG .

1/ Dư...

... qua sức .

2/ ...

... giường

trang bệnh ... tùy theo tinh ... thich hợp.

b) ...

- ... dau .
- ... t ngay
- ... l .

c) ... chi ...

kho thở nhiều ... (2 lit trở lên).

d) ...

-. Tùy theo nguyên nhân gây bệnh mà phương pháp điều trị sẽ khác nhau. Nếu nguyên nhân do lao, thì điều trị như sau:

1/ Nếu trường hợp nặng, có nhiều triệu chứng nhiễm độc lao :

Streptomycine	1g một ngày	liều người lớn.
Rimifon	0,05 x 6^v một ngày	
P.A.S.	8 x 2 một ngày	

Khi các triệu chứng nhiễm độc lao đã giảm nhi... bỏ Streptomycine, chỉ dùng Rimifon và P.A.S.

2/ Nếu trường hợp nhẹ , ít tri... c:

chỉ dùng Rimifon :

P.A.S.

3/ Điều trị tiếp tục về sau .

- Rất quan trọng để dự phòng lao
- Dưỡng bệnh lâu 3 - 5 tháng
- Tắm bổ
- Làm việc
- Ở nơi,
- Tập
- Gi
-

Cần đề ... chiều

QDQD ...

KHÁI HUYẾT

-:-:-:-

I.- ĐẠI CƯƠNG

1/ ĐỊNH NGHĨA.

Khái huyết (ho ra máu) là khạc nhổ ra ngoài, máu ở đường khí đạo dưới (từ thanh quản trở xuống).

[illegible] có thể :

Do c[illegible] bản thân tiết ra hay ở những cơ quan lân cận [illegible] vào

3/ QUAN [illegible]

1/ [illegible] úng hay gặp .

2/ [illegible] không có gì nhè nhói nhưng để làm [illegible] hoảng hoảng vì khái huyết là một triệu c[illegible] lao phổi và nhiều khi nó là dấu hiệu đầu tiên [illegible]. Các tác giả Liên xô đã nghiên cứu nhiều về vấn [illegible] kỳ có thông sinh chứng lao Rubinstein nhận thấy [illegible] phổi có khái huyết (193-) và Tchoukanov 3- Ở Việt nam [illegible] phát hiện trong 1.663 bệnh nhân đến khám thấy [illegible] bệnh nhân lao phổi điều trị ở K74 (bộ y t[illegible] viện 108 tìm thấy [illegible] khái huyết trong [illegible] nhiều là các cơ mới (hai năm 1957 [illegible]

II.- CHẨ[illegible]

A/ [illegible]

[illegible]

1/ [illegible] bác trước:

[illegible] trong họng và

[illegible] đờm,

c [illegible] cục

[illegible] các

228

2/ Khái huyết nặng : ít gặp .

Ngay một lúc khạc ra máu rất nhiều, có khi trong một con sặc sụa, máu ộc ra mồm, ra mũi, bệnh nhân chết ngay trong một trạng thái tắc thở và thiếu máu .

Khái huyết chết tươi này xảy ra trong trường hợp : đứt mạch máu ở hang lao to, vỡ túi phồng động mạch chủ (anévrysme de l'aorte)

3/ Khái huyết nhẹ : thường gặp đờm vấy máu, có tia máu .

3/ TRIỆU CHỨNG [illegible] .

1/ Toàn thân - tùy theo bệnh, có [illegible] không - người mệt, mặt tái, lo sợ , [illegible]

2/ Thực thể : trong [illegible] không nên khám .

III.- CHẨN ĐOÁN [illegible] .

- Trước hết khi [illegible] đúng là máu không [illegible]

Sau phải xem máu ở đâu ra :

- Có đúng là khái huyết không [illegible]
- Chảy máu ở thực quản, khí [illegible]
- Nôn ra máu [illegible]

1/ Phân biệt [illegible] lúc bệnh nhân [illegible], sáng hôm sau [illegible]

2/ Phân biệt [illegible] phải nghĩ [illegible] thận mũi, mồm, họng [illegible]

3/ Nô[illegible]

[illegible] (hội

[illegible]c.

a) [illegible]

D[illegible]

b) Thu[illegible] ho[illegible]

[illegible]nh

- Co[illegible]

- [illegible] vật

Khái huyết . C15 . 4 29

II NGUYÊN NHÂN .

...ọng trọng nhất trong ... cầu ... chẩn đoán có tác dụng ... hướng đến điều trị .

... NGUYÊN ...

... thương ngực như tai nạn ... hơi ép bom đạn vết thương ... , chấn thương ngực kín làm gẫy xương sườn, ... mạch phổi mạc .

... thủ thuật ở ngực ... ...

... đoạn tiến triển: ở trong ... lan rộn ... khái huyết ... phần lớn hay ...

... nhiều đờm ... máu .

... độ hoạt động của ... ... Thông kê ... ... tổn ở thùy dưới, vùng cận ...

... tiến ... không ... trung ... như sức căn ... rồn ...

... biến trên núi cao, ... lạnh thay đổi ...

... khói thuốc có

... tim tụ thường

... thấy của khái ... đến bệnh này.

... (rétrécissement ... tral).

... thấy của khái

..., lan ... toàn ... ... nh thì các

230

- phế viêm cấp tính : đờm có máu thuốc
nâu sẫm ri sắt .

... trong một con sốc
... trong một từng ...

- áp xe phổi .

- Thanh, phế quản viêm cấp tính ... ruồng hơn : đút ...
nhẹ, nhưng cũng có thể sinh khái huyết (do ... (ne vrýsme de l'horte

4/ Ngoài ra những nguyên nhân ít ... máu, có tìm ...

- Dầu phế ...
- Ung thư ...
- Phế quản vi... tùy theo bệnh, c... không

5/ Kết luận : ... lo sợ, ... ông nên

a) Bọn thục ...

- Bệnh ...
dang tiến triển, ... phổi ... đúng

- ... khái ...
bệnh hơn ... không
huyết ...

b) Muốn chẩn đoán nguyên nhân ...

- Khám kỹ lại ... khái huyết kiện ...
... thục ... khó

- Khám ...
đờm ...

- Khám ... thân
... sau

V.- XỬ TRÍ ... phân ...
... nghỉ ...
hơn ...

1/ ...

xung ...

2/ ...

Dối ...

3/ ...

1/ ... thu ...

- ...
- ...

II.

va

ợcc

, lan
toi r a,
thù i
nh thi các

cho Pénicilline 200.000
, phối hợp với Streptomy-
bắp thịt, chia làm 2 lần; I

ọt chia làm 2 lần dưới da.

Streptomycine (liều lượng tùy theo tuổi)
ngửi Oxygène

một bệnh truyền nhiễm phát thành dịch, đề fòng

trị săn sóc, vệ sinh mũi miệng. Ủ ấm trong
chứng.

--- o ---

19/10/1963

KHOA 5 . Benh dau

Bệnh dấu mùa là ... trần rất nhanh, trước k... dấu mùa nên tỷ lệ tử vo...

I.- NGUYÊN NHÂN VÀ DỊCH ...

Do siêu vi trùng dấu mù... rất khoẻ ở nơi khô ráo, kín dao, ... thuốc tím . Nguồn bệnh là bệnh n...

Trùng lấy từ người ... qua người ... bằng các mụn dấu và gián tiếp qua các ... kỳ lây mạnh nhất là thời kỳ dấu và toàn ... thời kỳ bong vảy .

Bệnh dấu là một bệnh của mọi ng... đều có thể mắc và khi đã mắc bệnh, bệnh ... dài, tỷ lệ mắc lại rất thấp chừng 1 - ...

II.- LÂM SÀNG :

Triệu chứng của một thể bệnh ...

1/ Nung bệnh : Không có triệu ... bệnh im lặng, ngắn nhất 8 ... và dài 20ngày .

2/ Phát bệnh : thời gian 2,3 ngày ...

a) Triệu chứng :

+ Sốt đột ngột cao h... còn rét run dài .

+ Nhức đầu, đau suốt ... nôn mửa .

+ Khó thở mệt mỏi .

+ ... đỏ, các niêm ... rát, mũi chảy nước và đỏ ... cay, mắt ... nước mắt, sợ ánh sáng .

b) Xét nghiệm :

+ Bạch cầu tăng ... đặc hiệu ...

+ Bạch cầu đa nhân ... ba cầu (L)

Cuối thời kỳ này có thể t... ... dưới vú cho tới khắp ở toàn thân (2 --

toàn phát).

...ac kéo dài từ 3 tới 5 tuần

nước .

bong vảy .

...c ở vòm khẩu cái, mặt, thanh
...hô, hầu môn, trên, những
...lóc rồi vỡ ra như các nốt
...ơn .

...o d... : ... đầu tiên trong 3 - 4 ngày là
như ... chấm đỏ mụn nước :

+ Ngày 1ᵉ ban thành 1 chấm đỏ
+ Ngày 2ᵉ ban đỏ lồi lên nằm dưới lần biểu bì
+ Ngày 3ᵉ. chấm đỏ thành mụn nước và chân cứng
+ Ngày 4ᵉ mụn có nước trong và to hơn .

...đoạn thứ hai từ ngày thứ 5 tới ngày thứ 8, mụn lồ
...n vảy, có rốn rồi khô .

+ Ngày 5ᵉ mụn lỏ nửa trong nửa vàng .
+ Ngày 6ᵉ mụn mủ có rốn màu sám.
- Ngày 7ᵉ mụn mủ chín có rốn phụ.
- Ngày 8ᵉ mụn mủ dần dần khô .

...n thứ ba : kéo dài 2,3 tuần lễ cuối, mụn thành
... và bong đi để lại một sẹo xấu vĩnh viễn, nổi
...trắng bóng .

...ạng thái chung .

+ Mụn chỉ mọc 1,2 đợt thôi không mọc nhiều nên
... cùng một tuổi, mụn mọc nhiều ở đầu, trán,, thái
... tay, mặt, dưới đầu gối, toàn thân có thể có rải

+ Khi ban nổi thì triệu chứng toàn thân giảm
...ó cũng giảm, bệnh nhân dễ chịu, cho tới khi mụn
...ành mủ thì tại thời trong mấy ngày triệu chứng toàn
...hiệt độ cao, nhức đầu, mệ mệt, khó ngủ .

... mụn bắt đầu đóng vảy tình trạng toàn thân lại trở
...ờng và chuyển sang thời kỳ hồi phục .

...CHỨNG VÀ TIÊN LƯỢNG

... biến chứng thường xảy ra trong trường hợp bị
bội nhiễm :

- Viêm
- Mun t
  ni
- Phê q
- Viêm t
- Viêm t
- Viêm cổ
- Viêm na
- Ô dan ba

IV.- CHAN DOAN CAN CU VAO ;

- Dâu nhức, sốt cao tang tiê di
  nạc
- Các nốt ban cùng tuổi, no dễ
  doan
- Các nốt ban mọc ở chỗ da hở, mọ
  trọng nhiêu ở dầu, ở thuy
  gối .
- Yếu tố dịch tễ .
- Xét nghiệm dau bạch cầu t
  già và dơn nhân lớn non)
- Ta chủng thử nếu bệnh nhân
  chủng không lên, ngược l
  do không mắc bệnh dau
- Chẩn đoán phân biệt vói ch
  nhọt, mụn di ứng vói thuốc

IV.- DIEU TRI VA DU PHONG :

A/ DU PHONG :

- Người bệnh phải được cách ly n vo
ao dụng cụ thường dùng của người bệnh phải được luộc

- Những người tiếp súc vói bệnh nh
cung phải chủng dậu, những người bị nghi dù da, chủ
chung cũng phải theo rõi 21 ngày, tốt nhất là chủng
lại cho toàn dân .

- Các bến tàu, sân bay phải canh
kiểm soát các giấy tờ tiêm chủng, bảo đảm những n
bến đều đã phải được tiêm chủng . hoặc

B/ DIEU TRI .

- Tẩy uế : tẩy uế phân nước tiểu của
bệnh nhân, trước khi ra viện phải tắm nhiều lần
trùng như thuốc tím pha nhẹ .

- Cách ly : cách ly it nhất 40

ro mặt mũi, lau miệng sạch
ue 1% .

: dùng dưỡng , sinh tố B1 C
ng plasma hay là máu .

các thuốc kháng sinh dùng
ngắn và bọt lấm mủ ở mụn

các thuốc an thần, tam thuốc
.

anh và chống thành Sẹo sâu, bằng
tới 100 giọt chia 4 lần uống khi mụn
uống 20 giọt rồi 10 giọt một ngày, khi dùng pha
c rượu .

em từ 3 - 14 tuổi .

ống 20 tới 50 giọt chia 4 lần uống trong ngày trẻ em
0 tháng thẳng .

ng 15 đến 20 giọt chia 4 lần uống trong ngày . Sau khi
ng, cần tiếp tục chống thiếu máu bằng truyền máu hoặc

CHỦNG ĐẬU

LÝ :

vào cơ thể ngừa đậu là kháng nguyên để cơ thể tạo
thể có khả năng bảo vệ cơ thể khỏi mắc bệnh đậu mùa;

đậu làm bằng phương pháp : cạo con nghé cho sạch
n và áp trùng đậu vào vết rạch dội phát bệnh cao
h ngừa đậu, .

TRIỂN CỦA NỐT ĐẬU CHỦNG : lần đầu tiên .

Ngày thứ 1 --- đỏ nhẹ do thương tổn ngoài da
------ 2 - 3 vết lằn
------ 4 thành 1 điểm ban lồi , hơi sốt nhẹ
----- 5 ban lồi bắt đầu có chấm nước
---- 6 ban đỏ, rõ ranh giới có quầng đỏ
--- 7,8 nốt mụn có rốn
--- 9 , 12 trở thành một quầng đỏ như viêm. lan
quanh, mầu đỏ sẫm, ... rực , hồi hạch tới ngày thứ 10,
dần và nhạt đi , mụn thì có rốn và rụng vào tuần lễ

chủng lại, nhiều phản ứng khác nhau
có thể mưng mủ hoặc mưng rước trong vài ba ngày .
Hoặc chỉ mẩn đỏ ... vết đỏ, hơi ngứa ngay .

III.- KHA NANG MIEN ...

Keo dai tới 8 - ... thang, 6 tuổi, 12 tuoi, 1... thời gian gián cach với ... chung co khac .

IV.- NHUNG HIEN TUONG BAT ...

1/ Chung khi nun., ben ... dai hon va chi nốt ro sau khi t... bay di .

2/ Dâu chung co thể lan toan thân song ... rat hiem, co thể do nhiều nguyen n...

+ Do thể dia yeu, ken, xuy nhuoc
+ Do nhiem trung .
+ Liều dau manh hoac chun sau .

3/ Sau khi chung co thể co ung do, co khi n... mau, hay nhọt, cung co thể xay ra vi... thưc hien dung chi thi phan chỉ dinh của chun... dấu .

V.- PHUONG PHAP TIEN HANH V... GIA TRI :

1/ Phương phap tien hanh :

+ Không dược dung cồn chi dung nuoc ... trùng vung chung .
+ Noi chung ỏ can tay ngoai, dui ng...
+ Rach qua lần biểu bi du rồn hu... rạch sau mau sẽ lan trôi dấu, ... mỗi nốt 2 , 3 gach .
+ Chủng xong để khô, tranh mac ao ... nốt dậu .
+ Tiêm chung : 3 thang, 6 tuổi, 12 tuoi, 18 tuổi va về sau cứ 5 - 5 năm nên chun nhắc nhỏ lại.

2/ Phanchi dinh : cac trường hợp .

+ Di dai dường . + Chan hay bi n...
+ Cac bệnh về mau . + Cac bệnh d...
+ Có thể dễ bi viem nu hay chay nước
+ Thể tang suy nhược .

3/ Tac dung : (co kha nang miễn dich kha b...

- Đã chủng nếu mắc thi ở thể nhẹ không bi ... hoặc nếu co biến chứng không gây tử vong .

- Bao giờ và ở thể tạng nao cũng thế, ne... lan dau bao giờ cũng mọc, no co tac dụng ngay từ ngay ... tới n... thứ 10 nếu ta chủng vào thời kỳ nung bệnh, nếu va... thì ... dậu không mọc được, vào ngay thứ 10 của thời kỳ nung bệnh thì các triệu chứng đều giam, không gây tử vong .

XOXOXOXOXOXOXOXOX

Lê văn Hồng
A1 C2

B Ệ N [illegible]

I/ NGUYÊN NHÂN.

Do siêu [illegible] [illegible]
nó có họ với siêu vi tr[illegible]
hai bệnh này thì không [illegible]

Bệnh lây [illegible] người [illegible]
bong vẩy: lây [illegible] đường [illegible]
đồ dụng chạm người đó, [illegible]

Bệnh này được miễn [illegible]
không thành dịch lớn, chỉ [illegible]
khác.

II/ LÂM SÀNG.

A) THỂ THÔNG THƯỜNG Ở NGƯỜI LỚN.

1. Thời kỳ nung bệnh.- [illegible] ngày. [illegible] là [illegible]
[illegible] ngày, thời kỳ này yên lặng không có triệu chứng

2. Thời kỳ phát bệnh.- [illegible] ngày: 1 - 2 ngày [illegible]
chừng 38 - 39°, kèm theo [illegible] [illegible] ho, mệt mỏi, có [illegible]
thời kỳ này có thể thấy trong [illegible]

3. Thời kỳ toàn phát: từ 1 đến 2 tuần; thời kỳ
bắt đầu mọc ở niêm mạc và da.

a) Ở da:
- Đầu tiên là 1 chấm, 5 - 6 giờ sau thành [illegible]
giờ sau nữa thành mọng nước to hơn, [illegible]
đỏ, dưới viền đỏ ấn hơi cứng; bên trong mọng [illegible]
màu trong lòng, nắn sờ thấy mềm, lấy kim chọc v[illegible]
xuống.

- Ngày thứ hai, mọng nước hơi đục [illegible] [illegible]
vòng nhạt, cứ trạng thái như vậy sẽ khô [illegible] [illegible]
năm thì đã rụng vẩy và để lại một sẹo [illegible]
từ 5 tới 7 ngày).

[illegible] có từng đợt, mỗi đợt cách nhau 2 - [illegible] ngày. [illegible] người có
thể bị 2, 3, 4, 5 đợt. [illegible] thường mọc nhiều [illegible] to, [illegible]
đặc ở chân tay, mặt, đầu; đặc điểm mụn mọc không [illegible]
mọc nhiều; mặt mọc.

b) Ở niêm mạc: Mọc đồng thời với các [illegible], cũng [illegible]
các đợt và giai đoạn như vậy, nhưng [illegible] và ít [illegible] chỉ thấy
hồng đỏ, mọng nở hơi [illegible] đục [illegible]

c) Các triệu chứng kèm theo: [illegible] triệu chứng
toàn thân [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]
đau rức, ngứa ngáy. [illegible] xét nghiệm [illegible]
xét nghiệm máu. [illegible] tăng.
tăng ít; [illegible] tăng.

[illegible] ...ơn, không có hoặc có rất ít [illegible] rất ít, lác đác và ít đợt, có [illegible] ng chỉ hay mụn lở thường.

[illegible] triệu chứng toàn thân cao, triệu [illegible] mụn, nôn mửa, đau nhức, vv...)

[illegible] máu: Trong nốt có máu.

[illegible] hoại tử: Rất hiếm.

[illegible] chứng

Thủy đậu là một bệnh nhẹ, ít có biến chứng, thông thường [illegible] nhiễm bội nhiễm, làm gây sốt nốt thủy đậu, gây thành mụn mụn đinh; khi khỏi để lại sẹo sâu không mất được. Hoặc thể quá suy yếu, có thể sinh hoại tử da. Các biến chứng [illegible] viêm tai mũi; viêm thanh quản, phế viêm, viêm não rất [illegible].

[illegible]I. CHẨN ĐOÁN.

1. Chẩn đoán [illegible] tính:

- Các nốt mọng: hình thái, giai đoạn, tuổi khác nhau, mọng [illegible] triển nhanh trong 12 giờ, từ 1 chấm nhỏ đã thành một mọng nước.

- Kèm theo các triệu chứng toàn thân, sốt theo đợt, đau người, vv.

- Xét nghiệm máu, và yếu tố dịch tễ có bệnh hiện hành.

2. Chẩn đoán phân biệt.

- Với bệnh đậu mùa:

+ Triệu chứng toàn thân nặng, sốt cao, nôn mửa, mê hoảng.

+ Mụn tiến triển chậm ngày thứ 3 của chấm đỏ mới thành mụn nước và tồn tại có mủ tới ngày thứ 9-10, mụn thường có 1 đợt nên tuổi mụn như nhau: nhiều ở đầu, trán, tay.

+ Máu: Bạch cầu tăng nhiều, có khi tới 20.000, công thức tăng [illegible] (đơn nhân lớn).

- Với bệnh Zona:

Mụn nổi theo đường giây thần kinh, đau.

II. DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ.

1. Cách ly bệnh nhân từ 21 tới 25 ngày, bệnh nhân nghỉ cần theo dõi 20 ngày. Bệnh lây rất nhiều bằng đường hô hấp, dùng chăm [illegible]

2. Điều trị:

- Bệnh rất ít gây tử [illegible] nhiễm trùng thứ nhất).

- Không có thuốc đặc tr[illegible]

- Chống làm độc các mụn [illegible] miđo hoặc nhu Salycilique [illegible]

- Nếu mụn nước tỉnh, [illegible] ngày từ 200.000 tới 600.000 [illegible] thịt, cách nhau mỗi mũi 3 giờ, [illegible] uống Sulfamide.

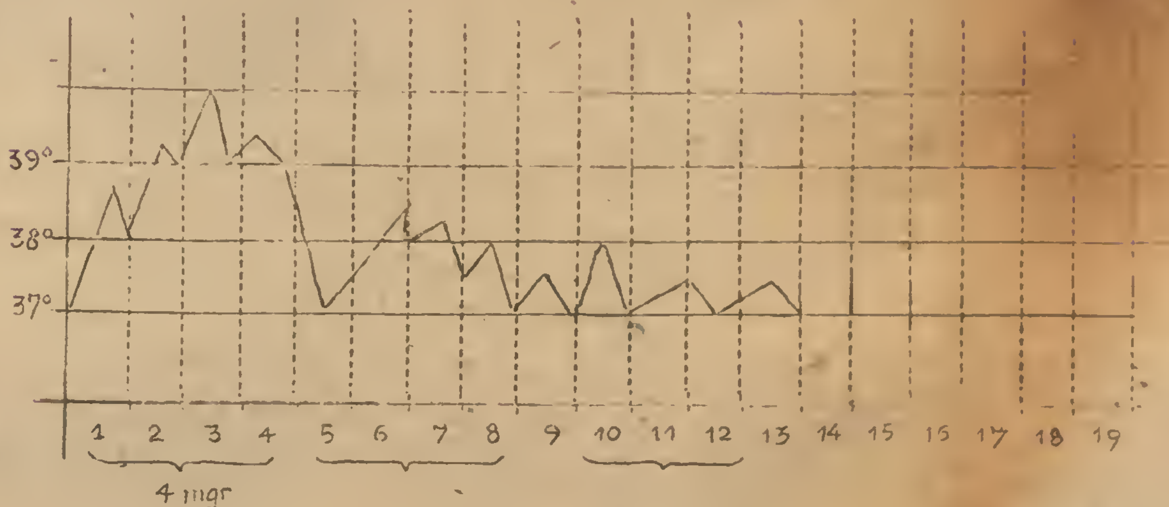
- Chấm trên các nốt thủy đậu thuốc Bleu Méthyl[illegible] dịch Milian 5%.

- Cho uống thuốc an thần, giảm đau nhẹ như: aspi[illegible] mur Kali liều nhẹ.

- Dùng thêm các loại sinh tố B_1 và sinh tố C.

- Giữ vệ sinh răng miệng; nhỏ mũi, tai, mắt loại th[illegible] trùng như Argyrol 1%.

- Cho ăn nhẹ và bổ suốt thời gian mọc mụn.



10/4/1963

Lê [illegible] Hợp

BỆNH HO GÀ.

1. Đại cương.
2. Nguyên nhân.
3. Lâm sàng.
4. Chẩn đoán.
5. Dự phòng và điều trị.

I. ĐẠI CƯƠNG.

- Là một bệnh thông thường ở trẻ em dưới 10 tuổi; [illegible] cũng có mắc những người từ 50 - 60 tuổi rất hiếm.

- Thường phát ra ở những nơi đông đúc như: thành [illegible] tập thể, có thể thành từng quanh năm, có khi nổ thành dịch [illegible] thường xảy ra vào mùa đông và mùa xuân.

II. NGUYÊN NHÂN.

- Do cầu trực trùng Cocco-bacille tên Bordet-Gengou tìm [illegible] (hình bầu bầu giữa cầu và trực trùng).

- Đặc điểm về hình thể: dài 1 - 2 muy, ngang 1/3 muy; [illegible] Gram (-).

- Vi trùng này có nội độc tố, lấy nó tiêm vào da làm loét [illegible], vào súc vật làm chảy máu ở các phủ tạng.

- Ở các trẻ em, nội độc tố kích thích thần kinh căn bản ở [illegible] có những cơn ho co thắt đặc biệt. (độc tố thâm nhiễm).

- Có khả năng gây miễn dịch lâu dài.

III. LÂM SÀNG.

A/ Thể lâm sàng thông thường chia làm 3 thời kỳ:

1. Thời kỳ khởi phát.

- Nung bệnh: Trung bình là 7 ngày. Ngắn: 1 ngày. Dài: 2 tuần.

- Bệnh phát: Trung bình là 2 tuần. Bệnh nhân ho thông thường không có triệu chứng gì đặc biệt. Có hoặc không có đờm dãi. Nếu có thì cũng ít (dễ nhầm với khí phế quản viêm).

+ Nhiệt độ bình thường hoặc hơi tăng một chút. 37 - 37°5.

+ Ho dai dẳng: thường ho về đêm, ngày càng tăng số lần, dần dần thành từng cơn.

+ Ho có tính chất dịch.

2. Thời kỳ bệnh lui.

- ...

... tờ lỗ.

... n ho rũ.

... vật, mặt đỏ, kèm theo chảy
... một vài giây thì hít vào rít,
... theo rít gà gáy.

... ngửa đầu ra sau để hít vào thật mạnh,
... tím.

... thật kéo dài chừng 5 - 10 phút rồi nôn ra đờm rãi
... đánh, thành những sợi trắng; có khi lẫn cả
... với trẻ nhỏ, có khi phải móc tay vào họng để lấy
... nói chấm dứt hết một cơn ho gà.

... nghiệm trong chất nhầy có:

- Ty nhận trùng hoà.
- Tế bào niêm mạc.
- Tế bào hô hấp.
- Vi trùng Bordet - Gengou.

Ngoài ra, còn 1/2 số vi trùng khác: tụ cầu trùng, phế trùng vì có cả lẫn những đám thức ăn.

- Trong khi bệnh nhân ho, có thấy các triệu chứng: Tim đập mạnh và nhanh, thở nông. Ở phổi, có tiếng rên khô và rên ướt; sau cơn ho thì tiếng rên mất hẳn.

- Ngoài ra, còn có các triệu chứng khác:
  - Mặt có thể phù nhẹ hoặc nặng.
  - Mắt có tia máu đỏ (có hiện tượng chảy máu).
  - X quang: Có những bóng mờ ở đường tim hai bên rốn phổi.

- Trung bình, một ngày từ 20 - 40 cơn. Ho nhiều về ngày, đêm ít hơn. Và thường kéo dài tới 3 - 4 tuần lễ. (Hai tuần đầu thường nặng hơn tuần thứ 3 và 4).

3. Thời kỳ bệnh lui.

Từ tuần thứ 4 đến tuần thứ 6: hết sốt. Cơn ho ngắn và càng ngày càng thưa dần đi. Tình trạng nôn cũng bớt dần, bệnh mỗi ngày một giảm nhẹ đi và có thể hết nôn, nhưng cũng từ khi hết nôn trẻ em lại khạc ra đờm rãi: trong đờm rãi có mủ xanh hoặc mủ vàng.

Thời gian: cả 3 thời kỳ trên có thể kéo dài từ 2 - 3 tháng, đứa trẻ sẽ bị gầy mòn, suy nhược và cũng là thời cơ để cho các bệnh khác phát triển.

B/ CÁC THỂ LÂM SÀNG.

- Thể nhẹ: trung bình từ 10 - 20 cơn, trong đó các triệu chứng toàn thân ít đi. Thời gian từ 1 tháng ½ đến 2 tháng.

- Thể nặng: mỗi ngày từ 60 - 100 cơn, đặc biệt đối với trẻ sơ sinh (dưới 1 tuổi) hay gặp thể nặng nên dễ xảy ra tử vong. ... tử vong thường là 30 - 60 % do co thắt mạnh đi đến ngạt thở, hoặc do nguyên nhân ngạt rồi chết: Thường gặp ở trẻ em từ 6 tháng trở xuống.

KH[illegible] - Ho gà.

Cơn ho ít khi rất nh[illegible]
oxygène.

- Thể nhẹ: thể không t[illegible]
nhẹ, thường gặp trong khi d[illegible]

- Thể phối hợp: Với điều ki[illegible]
đề kháng của cơ thể để bệnh nặng thê[illegible],
triển nhanh có khi dẫn tới tình trạng lao [illegible]

C/ BIẾN CHỨNG.

Thông thường ở bộ máy hô hấp. Cũng có khi ở [illegible]

1. Xung huyết phổi: với các triệu chứng: Sốt [illegible]
khó thở, phổi đục, có ran ướt ở dưới đáy.

2. Phế quản viêm cấp: Có mủ hoặc ran phế quản (ở [illegible]
nhiều).

- Sốt thất thường: 37 - 39°5. Có khi ra mủ xanh.

3. Phế quản phế viêm: Sốt tăng cao, khó thở, cơn h[illegible]
khạc ra đờm và mủ (chỉ có phế quản phế viêm có ho gà mới kh[illegible]
mủ.)

Khám phổi có ran ướt. X quang Hình F, 2 FV rõ và đậm,
rải rác ở hai trường phổi.

4. Thần kinh: Ngất, ngừng thở

IV. CHẨN ĐOÁN.

Dựa vào bệnh tiến triển của 3 thời kỳ trên với đặc -
điểm của cơn ho, thở hít sâu nhiều, hít vào như gà gáy tiếp diễn
nhiều lần, kết thúc bằng nôn ra đờm dãi, thức ăn.

Xét nghiệm:

- Cấy Bordet - Gengou dương tính trong 5 tuần (thời kỳ tiết
dịch, 2 tuần đầu và 3 tuần sau).

- Máu: 1 - 2 tuần đầu, đặc biệt bạch cầu tăng nhiều 30.000
- 50.000, có khi 100.000, Lympho tăng 60 - 70 %.

- X quang: Thấy hình đám bóng mờ ở rốn phổi.

Chẩn đoán phân biệt:

- Phân biệt chưa thành cơn: Ho gà thời kỳ tiết dịch dễ nhầm
với cúm, sởi, viêm họng.

- Lao hạch và lao phổi: Chiếu X quang và làm phản ứng Belt
và Mantoux.

V. DỰ PHÒNG và ĐIỀU TRỊ.

1. Dự phòng:
- Thời gian cách ly lo ngày, hay khi có cơn ho rồi, phải 4
tuần.
- Dõi một quá trình các cháu bị ho gà và các cháu khác cùng
nhà theo dõi 15 ngày.

... nóng, thoáng, khô ráo, ấm áp:
... ho, để nghỉ. Khi sắp nôn,
... đúng. Hoặc lấy ngọc quấn

... nhiều lần, cho ăn sau khi nôn.

... 0,05 ctgr một ngày. Chia làm nhiều lần

... nặng, dùng phối hợp Chloromycétine - Streptomycine
... ngày.
... hơi Oxygène I giờ 5'.
... ucose 25 %. Thanh huyết ngọt. Vitamine B_1 và B_{12}.
... cách dùng Coramine : mỗi tuổi cho I giọt.

... Điều trị biến chứng.

- [illegible] P.V.
- Pénicilline : 200.000 - 400.000 đv.qt. tiêm dưới da 4 lần.
- Caféine
- Oxygène.
- Chống cơn co giật bằng Luminal 0,04 ctgr.
- Khám tai : viêm tai, chọc và kháng sinh.
- Nôn nhiều, cho uống thanh huyết ngọt.

10.4.1963

BÀI V .- Lỵ trực trùng.

LỴ TRỰC T[illegible]

Là một bệnh truyền nhiễm đường ruột nhỏ ở trẻ em và người lớn : rải rác quanh năm hay t[illegible] mùa hè ở những tập thể.

I.- NGUYÊN NHÂN DỊCH TỄ, GIẢI PHẪU BỆNH LÝ.

Do chủng Shigella.

1. Các nhóm vi trùng.

Chủng Shigella chia thành nhiều nhóm, mỗi nhóm [illegible] loại khác nhau.

Có 4 nhóm chính : nhóm A : Shigella Grigoriev Shiga (si.gel-la, si.ga) là loại trùng độc, có nội và ngoại độc tố, thường gây ra thể nặng, tỷ lệ tử vong cao, hay gây dịch tễ mùa hè. Những năm gần đây, loại này ít gặp hơn.

nhóm B : Shigella Flexneri. (Fố-lich-ne)

nhóm C : Shigella Boydi. (Bôi đi)

nhóm D : Shigella Sonnei. (Son)

Những nhóm này (3 nhóm cuối) gây bệnh không nặng bằng Shigella Grigoriev Shiga; thường gây bệnh từng đợt, hoặc cùng mùa, hoặc rải rác quanh năm, nhưng cũng có khi thành dịch. Bệnh dễ kéo dài và có thể thành mạn tính từ vài tháng đến vài năm.

. Sức đề kháng của vi trùng :

Khi bài tiết ra ngoài, vi trùng rất dễ chết vì lý do cạnh tranh sinh tồn.

- ở bùn, sống 1 - 2 giờ.
- ở thức ăn, sống 1 - 2 tuần.
- ở trong đất, sống từ 3 tháng đến I năm.

Nóng lạnh hoặc thuốc sát trùng thông thường, nó cũng chết. Do tính chất yếu, ít chịu đựng và sự cạnh tranh với vi trùng nên phải lấy phân tươi để cấy.

đang bị bệnh, người lành

...

...n tay bẩn.

...nước, thức ăn, ruồi nhặng, áo quần, dụng ...c đất cát, vv...

...hông có khả năng gây miễn dịch tuy rằng trong cơ ...có kháng thể sau khi bị bệnh.

...hững điều kiện thuận lợi để bệnh để phát triển: kém ...inh, nhà cửa chật hẹp, ăn uống kém, sức khoẻ giảm, nhất ...rong chiến tranh thì lại để thành dịch, và tỷ lệ tử vong ...ường cao từ 2 - 20 %.

4. Thương tổn.

Gây thương tổn toàn bộ đại tràng, nhưng nhiều nhất là đại tràng xuống và trực tràng. Thương tổn gây ra trạng thái viêm ở niêm mạc thành ruột; những tổn thương đó không sâu, nhưng rất rộng, gây ra những đám loét, nếu cơ thể suy yếu, có thể phối hợp với các vi trùng khác gây nên loét sâu, rộng hoặc hoại tử gây chảy máu, thủng ruột.

II - TRIỆU CHỨNG.

A) THỂ ĐIỂN HÌNH TRUNG BÌNH.

1. Thời kỳ nung bệnh.

Từ một vài giờ đến một vài ngày, không có triệu chứng gì đặc biệt.

2. Thời kỳ phát bệnh.

Có 2 đặc điểm : Hội chứng nhiễm trùng nhiễm độc và hội chứng tiêu hóa.

a) Hội chứng nhiễm trùng, nhiễm độc.

- Sốt : sốt có thể hâm hấp, hoặc thành cơn, nhiệt độ vào khoảng 38 - 39°, có khi 40° từ I đến 4 ngày.

- Sốt kèm theo : rức đầu, mệt mỏi, buồn nôn, người hốc-hác. Bạch cầu tăng nhẹ : 10.000; đa nhân : 70 - 80 %.

b) Hội chứng tiêu hoá :

Đi lỵ và đau bụng.

HỌI V .- Lỵ trực trùng.

Đi lỵ.

Mấy lần đầu, phân bình thường. [illegible] đó còn ít phân lỏng màu nâu khắm, lẫn [illegible] lần đi ngoài đều như vậy.

Mũi đặc biệt màu hơi lờ trắng hoặc ngà [illegible] như mủ của mụn nhọt (abcès), mũi thường lẫn quện [illegible] có khi màu hồng nhạt, có khi sẫm như máu cá hoặc [illegible] thịt, hoặc như ruột lợn cạo.

Số lần đi từ 7 - 8 lần đến 50 - 60 lần và hơn nữa.

Đau bụng.

Đau dọc khung đại tràng, đau âm ấm, khó chịu như đầy [illegible]: thỉnh thoảng đau quặn thành từng cơn: mỗi lúc quặn đau [illegible] muốn đi ngoài; đi ngoài xong giảm đau bụng. Đi ngoài thường phải rặn, gây rát ở hậu môn.

B) CÁC THỂ LÂM SÀNG.

1. Thể nhẹ :

Hình thức như đi lỏng, phân sền sệt; ngày đi ngoài vài lần, rồi sau tự nhiên không đi nữa (đó là nguồn gây bệnh có chiều hướng nguy hiểm).

2. Thể nặng :

Thường gặp ở người suy yếu, người già. Đi ngoài nhiều lần, hàng trăm lần gây tình trạng mất nước: khát nước, môi khô, mặt phờ phạc, hốc hác, khản tiếng, chân tay lạnh, ra mồ hôi nhiều, bí đái, mạch nhanh nhỏ, huyết áp thấp, dẫn tới tử vong.

III.- BIẾN CHỨNG.

1. Ở ruột : gây hoại tử, chảy máu, thủng ruột.

2. Ngoài ruột : viêm truyền nước bọt mang tai, viêm niệu đạo, thấp khớp cấp, vv...

IV.- CHẨN ĐOÁN.

1. Chẩn đoán quyết định :

Căn cứ vào hội chứng nhiễm trùng nhẹ, kèm theo đau bụng; đi ngoài, phân có máu + mũi + mủ.

Xét nghiệm : Cấy phân.

Làm huyết thanh chẩn đoán từ tuần lễ thứ hai trở đi.

2. ...

: Không sốt hoặc sốt nhẹ, đơm mót ... nhiều hơn; phân cặn bẩn là mũi trong ... nhiều máu ít; máu và mũi có ranh - ... xem phân trực tiếp, thấy có Amibe và Kén.

... trùng, nhiễm độc thức ăn (Salmonellose): Sốt ... đau bụng nhiều, nôn, sôi bụng nhiều; phân phân nhiều ... khi lẫn ít chất nhầy và máu; khi đại tiện ít phải ..., không tức rát hậu môn.

Xét nghiệm : cấy máu, cấy phân, làm huyết thanh, chẩn-... án.

V.- DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ.

1. Dự phòng :

a) Tăng cường giữ vệ sinh chung và riêng như: nhà ở, cống rãnh, rác, nơi phóng uế, nhà ăn, nhà bếp, nước uống, tiêu diệt ruồi; vệ sinh cá nhân.

b) Đối với người đi lỏng, phải cấy trùng, để cách ly và điều trị kịp thời.

c) Với nhân viên làm việc ở khoa Truyền nhiễm, cấp dưỡng, tiếp phẩm, quán ăn, xí nghiệp thực phẩm, vv... 3 tháng cấy phân một lần.

2. Điều trị.

a) Thuốc đặc trị :

- Thể nhẹ : Sulphadiazine theo phác đồ: 5 g, 4 g, 4 g, 3 g, 3 g; cách 3 giờ uống 2 viên kèm theo với nhiều nước, nhất là nước có Bicarbonate de soude.

- Thể trung bình : Chloromycétine hoặc Biomycine, mỗi ngày 1 g x 6 ngày, nghỉ 3 ngày, rồi cho thêm 3 ngày nữa, mỗi ngày I g; cứ cách 3 giờ cho uống I viên loại 0 g 25 hoặc 2 viên loại 0 g 125.

- Thể nặng : Phối hợp với Chloromycétine hoặc Biomycine, với liều lượng trên, cho thêm Streptomycine mỗi ngày I g tiêm bắp thịt chia làm 2 lần cách nhau 8 giờ; tiêm trong 3 - 5 ngày.

b) Thuốc trợ tim, trợ lực :

- Thanh huyết ngọt ưu trương 30% I ngày 20 - 40 ml trong 7 - 10 ngày.

MỘI V .- Ly trực tràng.

- Sinh tố B_1 (0,025) I ng...
- Sinh tố C (0,10) I ngày...

- Nếu đi ngoài nhiều lần, c... mặn, ngọt, đăng chườm dưới da, ...

- uống nước chè nóng, tiêm dầu long... từ I - 2 ống; caféine (0,25) I ngày, từ I...

c) Hộ lý và ăn uống.

Chườm nóng bụng, ăn lỏng, như: nước cháo, cháo... Một, hai ngày đầu, cho uống nước cháo hoặc cháo loãng thêm một ít muối hay nước mắm ; sau cho ăn cháo đường... cho ăn đặc, không mỡ.

Trở lại ăn chế độ bình thường sau 10 ngày.

d) Cách ly tẩy uế.

Bệnh nhân chỉ ra viện khi nhận đã trở lại bình thường: cấy nhận hết trùng sau 3 lần âm tính, mỗi lần cách nhau 2 ngày.

- Tẩy uế phân suốt thời gian điều trị.
- Tẩy uế tay bệnh nhân luôn.
- Bệnh nhân ra viện: dụng cụ, quần áo phải tẩy uế.

----- oOo -----

15-3-196?

Lê văn Hùng
AI C2

BÀI V.- Thương hàn và Phó thương hàn

xong rồi

THƯƠNG HÀN và PHÓ THƯƠNG HÀN

Thương hàn là một bệnh truyền nhiễm đường tiêu hoá, tổn thương điển hình ở về niêm mạc ruột và hạch lâm ba ... phát tản mạn hoặc lưu hành ở địa phương, hoặc có thể ... dịch về mùa hè và mùa thu. Tuổi nào mắc cũng có thể ... trẻ con và người già ít mắc hơn. Tuổi mắc nhiều nhất từ ... tuổi.

I.- NGUYÊN NHÂN, DỊCH TỄ và GIẢI PHẪU BỆNH LÝ

1. Vi trùng : Do loại Salmonella.

Loại chính gây bệnh thương hàn là Salmonella Typhi nhóm D, còn gọi là Trực trùng Eberth.

Các loại phó thương hàn gồm :

- Phó thương hàn A.
- Phó thương hàn B.
- Phó thương hàn C.

Sống 1 - 2 tuần ở nước; ở trong bụi, đất, thức ăn sống thì ngắn hơn. Ở tối, lạnh, chịu đựng rất khoẻ. Trái lại, ở nóng, ánh sáng, khô : dễ chết.

2. Nguồn lây: Nguồn lây chính là bệnh nhân và những người mang trùng lành.

Vi trùng có thể :

- ở máu: chủ yếu trong giai đoạn đầu khi còn sốt.
- ở phân: bắt đầu thải ra vi trùng từ khi mắc bệnh đến hết tuần thứ nhất; nhưng nhiều nhất từ tuần thứ 2 đến tuần thứ 4 của bệnh. Sau đó, 95% bệnh nhân hết trùng. Số còn lại có thể mang trùng từ 3-4 tuần lễ hoặc lâu hơn vài tháng đến vài năm; có người mang mầm bệnh suốt đời.

- ở nước tiểu: thấy trong vòng 20-40 ngày đầu của bệnh, với tỷ lệ 15-50%.

Trong những dịch về thương hàn, người ta thấy tỷ lệ người mang trùng lành tới 10%, nó là nguồn lây bệnh nguy hiểm.

3. Đường lây: Bệnh thương hàn lây theo đường tiêu hoá.

+ Trực tiếp: Phân, nước tiểu của bệnh nhân và người mang trùng lành.

+ Gián tiếp: Nước (sông, ngòi, giếng, hồ, ao, suối; có khi thấy ở cống dẫn nước), sữa, sò, hến, trai, rau sống, ruồi nhặng có mang theo vi trùng.

... chất dịch tễ.

... xuất phát dưới hình thức tản phát hoặc lưu hành ở ... ương, ở các thành phố; có thể phát thành ổ dịch, ... mùa hè và mùa thu.

... khỏi bị bệnh, có miễn dịch tương đối liền, nhưng không ... miễn dịch chéo.

... Điều kiện thuận lợi để bệnh phát triển: ở đông đúc, kém vệ sinh, làm việc quá sức, mệt nhọc, vv... Cho nên, mỗi lần có chiến tranh là một lần làm tăng bệnh thương hàn.

5. Tổn thương.

Bệnh thương hàn là một bệnh nhiễm trùng, nhiễm độc, có thể ảnh hưởng tới tất cả các bộ phận trong người, nhưng chỉ những tổn thương về ruột là điển hình và đặc hiệu nhất.

Tổn thương nhiều nhất là ở đoạn cuối ruột non, tùy theo từng giai đoạn của bệnh; ta thấy niêm mạc từ chỗ viêm, xung huyết đến các tổ chức bạch huyết bị sưng lên, rồi các mảng bị loét; các mạch máu đều bị viêm tắc. Nó là một trong những nguyên nhân gây biến chứng thủng ruột và chảy máu ruột.

II.- TRIỆU CHỨNG.

A/ THỂ TRUNG BÌNH ĐIỂN HÌNH.

1. Thời kỳ nung bệnh.- Trung bình từ 10 - 14 ngày, không có triệu chứng gì đáng kể.

2. Thời kỳ khởi phát.- Khoảng 5 - 7 ngày với các triệu-chứng như sau:

- Sốt - Sốt từ từ, tăng dần, tới ngày thứ 5 hoặc thứ 7, nhiệt độ mới lên tới 39 - 40°, sốt không thành cơn, âm ỉ cả ngày. Tuy vậy, cũng có trường hợp khởi phát đột ngột với cơn sốt điển hình: Có rét, nóng, nhiệt độ lên tới 39 - 40° trong 1 - 2 ngày đầu mà ta dễ nhầm với sốt rét, phế viêm, vv...

Bệnh nhân mệt mỏi, chỉ muốn nằm, nhức đầu ngày I tăng, kém ngủ, ngủ hay mê. Dần dần biểu hiện những triệu - chứng rõ hơn: mạch tăng không đi đôi với nhiệt độ, táo, lưỡi bẩn, óc ách hố chậu phải, lách sờ đục, đôi khi có chảy máu cam.

Cấy máu trong thời kỳ này sẽ thấy vi trùng: Thương - hàn và phó thương hàn.

3. Thời kỳ toàn phát.- Kéo dài 1 - 2 tuần lễ, với trạng thái sốt liên tục, li bì mê mệt, toàn thể trạng bệnh nhân chứng tỏ trung tâm thần kinh bị nhiễm độc:

. Sốt - Sốt liên tục ở mức cao nguyên 39 - 40°, mạch chậm có khi phân đôi, huyết áp hạ, gan và lách to, môi và da khô.

BÀI V .- Thương hàn và Phó thương hàn.

- Thần kinh.- Rức đầu tăng, rất ít ngủ, lúc nào cũng mơ, nửa tỉnh, nửa mê. Trả lời chậm, lưỡi rụt, giọng run khi nói không rõ tiếng, tai ù, có khi tự nhiên nói mê lảm nhảm, tay bắt chuồn chuồn.

- Tiêu hoá.- Bệnh nhân không muốn ăn, không biết đói, lưỡi bự, viền đỏ chung quanh, có khi lưỡi quay, răng khô, bựa bẩn. Đi lỏng ngày từ 4 - 6 lần, phân ít, màu nâu sẫm, mùi thối khắm đặc biệt. Bụng hơi chướng, ọc ạch hố chậu phải, gõ đục hố chậu phải; gan và lách to.

- Hồng ban.- Triệu chứng này gặp ít hơn. Thường gặp vào ngày thứ 9 đến ngày thứ 11 của bệnh, đôi khi muộn hơn. Mọc ở 2 bên trước ngực, bụng, đôi khi vùng thắt lưng. Ban nhỏ như hạt kê, to bằng hạt bèo tấm, hơi nổi lên trên da, màu hồng nhạt, ấn vào mất đi, sau lại xuất hiện, từ vài cái đến vài chục cái.

Cấy máu trong thời kỳ này ít mọc hơn; chủ yếu làm huyết thanh chẩn đoán Widal và cấy phân.

4. Thời kỳ lui bệnh.- Thường là từ I đến 2 tuần lễ. Sốt bắt đầu giao động và hạ xuống dần dần. Trong 7 đến 10 ngày, bệnh nhân tỉnh táo dần, hết rức đầu, ngủ thành giấc, đói bụng, thèm ăn, lách và gan to, huyết áp gần trở lại bình thường, Đại ngoại phân thành khuôn. Rồi tiếp sang thời - kỳ phục sức kéo dài vài tuần lễ.

B/ CÁC THỂ LÂM SÀNG.

1) Thể rất nhẹ : Có thể chỉ hơi sốt, hơi mệt, vẫn công tác; chỉ chẩn đoán được khi cấy máu, phân; hoặc bất thình - lình thủng ruột.

2) Thể nhẹ : Sốt ngắn ngày, đầy bụng nhẹ rồi khỏi.

3) Thể kéo dài : Sốt kéo dài hàng tháng.

4) Thể nặng nguy kịch : Sốt cao 40 - 41°; ỉa lỏng nhiều, mạch nhanh yếu, huyết áp thấp, đái ít, albumine niệu, đạm huyết cao. Bệnh nhân mê man, có lúc hốt hoảng, mê sảng.

III.- BIẾN CHỨNG.

Có rất nhiều ở các bộ phận chủ yếu về tim mạch và tiêu hoá.

1/ Về tiêu hoá :

a) Chảy máu ruột.- Thường gặp khoảng cuối tuần thứ I sang tuần thứ 2; tỷ lệ trung bình 1 - 5% .

- Chảy ít: Từ 100 đến 200 phân khối. Có khi không có biểu hiện gì để bệnh nhân thấy được, bụng không có phản ứng rõ, đi ngoài phân đen (phân lẫn máu đã tiêu hoá hoàn toàn).

- Chảy trung bình: Từ 300 - 500 phân khối. Bệnh nhân đau nhẹ, hơi choáng váng khó chịu, mạch nhanh, ỉa ra máu đã tiêu hoá nhưng chưa hoàn toàn: chỗ đen, chỗ như bã cà phê.

- Chảy nhiều: Hàng lít; bệnh nhân ở tình trạng choáng - váng khó chịu, mặt nhợt nhạt, chân tay lạnh, buồn nôn mửa, thở gấp; nhiệt độ từ 40° hạ rất nhanh, rồi lại cao lên; mạch nhanh, nhỏ, khó bắt; huyết áp tụt thấp.

b) Thủng ruột.- Thường gặp vào tuần thứ 3, thứ 4 hoặc thời kỳ phục sức; tỷ lệ 2-4%.

Bất thình lình bệnh nhân đau dữ dội như dao đâm vào bụng, ở vùng hố chậu phải, đau liên tục càng ngày càng tăng, mặt nhợt nhạt, mồ hôi vã ướt trán, mặt. Huyết áp hạ, nhiệt độ tự nhiên tụt xuống thấp rồi lại lên cao. Thành bụng co cứng, tăng cảm giác da, ấn đau nhiều vùng hố chậu phải; gõ vang vùng trước gan, sờ trực tràng bệnh nhân đau; chiếu X quang thấy có liềm hơi, đó là dấu hiệu chắc chắn nhất.

Tuy vậy, cũng có trường hợp thủng ruột, nhưng không điển hình: bụng không có phản ứng gì. Bệnh nhân có khi ở trạng thái typhos nặng quá, không biết đau hoặc chỉ đau rất nhẹ. Cho nên phải hết sức cảnh giác khi thấy bệnh nhân tự nhiên đau bụng, không đi lỏng nữa, bí đái, tình trạng suy sụp nhanh, mạch yếu, huyết áp tụt; sờ trực tràng thấy đau. Lúc này, chiếu X quang, có thể thấy liềm hơi.

2/ Về tim mạch.

Thông thường, viêm cơ tim hay gặp ở tuần thứ 3 trở đi, biểu hiện: tim đập nhanh, tiếng thứ nhất mờ, tim đập có lúc vội vàng; nặng hơn, bệnh nhân thấy đau tức vùng tim, mạch nhanh, nhỏ, 2 tiếng đều mờ, nhịp đập ngoại tâm thu, tiếng ngựa phi, tiếng thổi tâm thu ở van hai lá hoặc có loạn nhịp.

3/ Các biến chứng khác về hô hấp và thần kinh.

Phế viêm, phế quản phế viêm, não viêm, viêm màng não, viêm tủy, viêm rễ và giây thần kinh, vv...

IV.- CHẨN ĐOÁN.

1- Chẩn đoán quyết định.

a) Về lâm sàng.- Sốt kéo dài kèm theo 1 hội chứng về thần kinh và tiêu hoá như, nhức đầu, người mê mệt, nửa tỉnh, nửa mê, lưỡi rụt, nói chậm, ngọng, ù tai, đi ngoài phân lỏng, mùi thối khắn, bụng hơi chướng, óc ách hố chậu phải, gan to, lách to. Căn cứ vào trong những triệu chứng đó làm chúng ta hướng về thương hàn; nếu có thêm triệu chứng như hồng ban, chảy máu cam, mạch nhịp đôi thì lại càng có đầy đủ triệu chứng điển hình lâm sàng về thương hàn.

5/

b) Xét nghiệm.- Có giá trị quyết định về chẩn đoán.

- Cấy máu: là phương pháp chẩn đoán chính xác nhất. có tỷ lệ (+) cao, phải lấy máu cấy ngay từ tuần lễ đầu trước khi cho kháng sinh đặc hiệu. Lấy máu từ 10 đến 20 phân khối tùy theo thời gian lấy sớm hay muộn.

- Huyết thanh chẩn đoán Widal: Thường xuất hiện từ tuần lễ thứ hai trở đi. Tỷ lệ (+) từ 1/100 đối với O và H trở lên mới có giá trị; chỉ dương tính với kháng nguyên H thì không có giá trị. Hơn nữa, muốn có giá trị, phải làm nhiều lần, cách nhau 7 ngày: tỷ giá ngưng kết tăng dần mới có giá trị. Kháng nguyên O thường biến mất vào tuần thứ 6 - 7; kháng nguyên H mất vào tuần thứ 9 hay lâu hơn.

Đối với người tiêm phòng từ 3 đến 6 tháng trở lại, thì chẩn đoán bằng huyết thanh không có giá trị vì tỷ giá ngưng-kết vẫn còn cao từ 1/400 - 1/600.

Tuy vậy, chẩn đoán huyết thanh chỉ có giá trị tương đối; không phải trường hợp nào cũng (+) cả. Có tới 5-10% bệnh thương hàn mà chẩn đoán huyết thanh Widal vẫn (-).

- Cấy phân: Tỷ lệ dương tính cao từ ngày thứ 12 đến ngày thứ 25 của bệnh. Ngoài ra, còn phải lấy dịch mật; hiếm hơn ở nước tiểu và ở các dịch, như: phế mạc, não tủy, ổ mủ.

- Công thức máu: Bạch cầu thường giảm rõ rệt, bạch cầu ái toan mất hoặc giảm ở trong máu.

2- Chẩn đoán phân biệt.

a) Sốt rét - Sốt thường đột ngột, có cơn sốt điển hình, có chu kỳ; hết sốt, bệnh nhân vẫn tỉnh táo.

Điều trị bằng quinine khỏi, tìm thấy ký sinh trùng sốt rét trong máu.

b) Lao phổi.- Thường sốt về chiều, hay ra mồ hôi đêm, ho nhiều, tức ngực; bệnh nhân vẫn tỉnh táo, hội chứng tiêu-hoá ít thấy hơn.

Xét nghiệm: X quang, thử đờm tìm BK, Mantoux.

c) Cúm. Sốt cao ngay, mặt đỏ, họng đỏ, ho nhiều, chảy nước mắt, nước mũi, đau ê ẩm mình mẩy. Sốt thường chỉ kéo dài độ 1 tuần rồi khỏi.

Xét nghiệm: làm phản ứng kết hợp bổ thể với siêu vi-trùng cúm.

d) Sốt xoắn trùng.- Sốt đột ngột, triệu chứng thần kinh về màng não rõ rệt hơn: nhức đầu, nôn, táo. Đau các bắp thịt, đau khớp xương, có khi có hạch lâm ba, sưng đau, mắt đỏ. Bệnh nhân vẫn tỉnh táo.

Bệnh thường xảy ra có tính chất dịch ở vùng nhất định. Sốt thường 7-8 ngày tự nhiên nhiệt độ xuống bình thường.

Xét nghiệm: Urée sanguine tăng trong máu, tốc độ huyết trầm cao. Bạch cầu tăng, đa nhân tăng. Phản ứng Martin-Petit dương tính.

V.- DỰ PHÒNG và ĐIỀU TRỊ.

1. Dự phòng :

a/ Đối với người bệnh.- Cách ly tại bệnh viện, khoa lây. Thời gian cách ly sau khi hết sốt 21 ngày. Lấy phân 3 lần âm tính, tốt nhất là cấy nước mật 2 lần; mỗi lần cách nhau 3 ngày, nếu âm tính mới cho ra viện.

Tẩy uế tay, vật dụng, quần áo, tẩy uế phân, nước tiểu, chất nôn. Tẩy uế buồng bệnh hàng ngày bằng Crésyl 30 % .

b/ Đối với người lành mang trùng.- Không nên cho làm nghề liên quan đến thực phẩm, cứ theo rõi thường kỳ và cho uống Chloromycétine.

c/ Đối với nhân viên làm nghề liên quan đến thực phẩm.- Nhân viên chuyên môn, cứ 3 tháng cho cấy phân I lần.

d/ Đối với vật dụng trung gian.- Tốt nhất dùng nước máy, nước đun sôi, sữa tươi, sữa hộp ăn phải luộc sôi.- Hạn chế tưới rau bằng nước phân chuồng, giải quyết ruồi nhặng, ăn rau sống, uống nước lã, giữ vệ sinh cá nhân.

Tiêm phòng : Thông thường từ 2 đến 40 tuổi.

- Người lớn.- Tiêm làm 3 lần, mỗi lần cách nhau 8 ngày :
  - Lần thứ I 3/4 cc
  - Lần thứ 2 I cc
  - Lần thứ 3 I cc 5
- Từ 6 đến 12 tuổi.- Tiêm 4 lần, mỗi lần cách nhau 8 ngày:
  - Lần thứ I 1/4 cc
  - Lần thứ 2 1/2 cc
  - Lần thứ 3 3/4 cc
  - Lần thứ 4 I cc
- Dưới 6 tuổi.- Tiêm 4 lần : mỗi lần cách nhau 8 ngày :
  - Lần thứ I 1/4 cc
  - Lần thứ 2 1/2 cc
  - Lần thứ 3 1/2 cc
  - Lần thứ 4 3/4 cc

Hàng năm, chủng lại I lần, người lớn Icc5, trẻ con Icc.

2. Điều trị.

a) Thuốc.- Thuốc đặc trị là Chloromycétine (Tyfomycine) dùng 2 cg 5 cho I cân nặng của cơ thể. Thí dụ: người nặng 40 cân dùng Ig 00 (tức là 4 viên) cách 3 giờ uống I viên. Ngày nào cũng uống 4 viên cho tới khi nhiệt độ xuống bình thường ; kể từ khi nhiệt độ bình thường cho IO ngày tiếp nữa. . Trung bình dùng từ 13 - 15 ngày liền.

Thuốc tác dụng kém hơn : là Auréomycine và Terramycine, với liều lượng như vậy.

co fimh 531

Các thuốc trợ tim, trợ lực :
- Sinh tố B_1 (0,025), ngày từ 2 - 4 ống x 10 - 20 ngày.
- Sinh tố C (0,1)), - 3 - 6 - x 10 - 20 -
- Sinh tố B_{12} (30γ); - 1 - 2 - x 7 - 10 -
- Cortison (0,005), - 1 - 2 - x 7 - 10 -
- Thanh huyết ngọt ưu 30% ngày 40 - 80 cc x 7 - 10 -
- Dầu long não hoặc Huile camphrée (0,20) I ngày từ 1 - 3 ống x 7 - 10 -
- Caféine (0,25) I ngày 1 - 2 ống x 7 - 10 -
- Dung dịch Coramine 25% I ngày XX giọt x 7 - 10 -

Ngoài ra, có thể cho thanh huyết mặn, ngọt đẳng chương mỗi loại 500 cc tiêm dưới da.

b) Hộ lý.- Theo rõi mạch, nhiệt độ huyết áp 3 giờ một lần. Theo rõi tim, bụng, phân, nước tiểu; hàng ngày vệ sinh răng, miệng bằng cách bôi Glycérine boratée hàng ngày.

Nằm đệm chống loét.

Nếu bệnh nhân táo lâu ngày, có thể thụt nhẹ độ I lít nước, bock để cao khoảng 40 - 50 phân chảy từ từ.

c) Chế độ ăn : Tránh ăn lỏng kéo dài, nhưng đồng thời cũng tránh ăn đặc quá sớm. Trung bình thời gian còn sốt thì cho ăn súp (soupe); hết sốt 2 ngày, cho ăn cháo thịt dù liền trong 2 ngày, rồi chuyển sang cháo thịt, sang mì, cơm nếp, rồi sang cơm tẻ. Mỗi chế độ cho ăn từ 2 - 3 ngày. Khi thay đổi, chế độ ăn thì cần theo rõi bệnh nhân.

d) Sự trí các biến chứng :

- Chảy máu ruột :

+ Nhẹ: cho bệnh nhân nằm nghỉ, nhịn ăn, uống một ít nước lạnh, chườm lạnh bụng, cho thêm sinh tố C và K.

+ Nhiều : Ngoài phương pháp trên, cho truyền máu đồng-loại từ 100 - 200 cc vào tĩnh mạch 15 - 20 giọt trong I phút, hoặc Plasma; tiêm hoặc uống thuốc an thần như Phéno-barbital, Amytal, Gardénal.

- Thủng ruột : Phẫu thuật.

- Tim : Viêm cơ tim: cho bệnh nhân nằm nghỉ; có thể chườm lạnh vùng tim cho đỡ đau. Cho các loại thuốc trợ tim hoặc tiêm Ouabaïne 1/4 mg pha với thanh huyết ngọt ưu chương 20 cc vào tĩnh mạch.

Khi có triệu chứng truỵ tim mạch: Tăng cường trợ tim mạch như trên; có thể cho thêm thanh huyết ngọt 5 % .

Tiêm chậm vào tĩnh mạch từ 300 - 500 cc (chú ý khi tiêm bệnh nhân để có phản ứng choáng vì thuốc).

Sưởi ấm. Uống từng thìa nước chè nóng.

--- oOo ---

20/3/1963

VIÊM MÀNG NÃO MỦ DO MÀNG NÃO CẦU TRÙNG (meningocoques)

=0=0=0=0=0=0=0=0=

Viêm màng não mủ do màng não cầu trùng là một bệnh truyền nhiễm cấp tính thường phát sinh lẻ tẻ, nhưng dễ biến thành dịch. Trẻ em, người lớn, người già đều có thể mắc bệnh.

I.- VI TRÙNG GÂY BỆNH - ĐƯỜNG LÂY :

Vi trùng gây bệnh là màng não cầu trùng. Bệnh lây truyền chủ yếu theo đường hô hấp.

II.- TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.

A/ TRIỆU CHỨNG NHIỄM TRÙNG.

1/ Sốt : thường bắt đầu sốt cao đột ngột 39 - 40°. Cũng có khi ban đầu sốt ít, về sau mới sốt nhiều. Trường hợp hiếm, bệnh nhân lạnh toát người, nhiệt độ dưới 37°.

2/ Nhiễm trùng huyết : có thể thấy xuất huyết dưới da, hoặc có những mảng đỏ, mụn mủ, hoặc viêm khớp (có mủ hay không có mủ). Chắc chắn nhất là khi cấy máu tìm thấy vi trùng.

B/ TRIỆU CHỨNG MÀNG NÃO.

1/ Nhức đầu dữ dội. Trẻ con hay kêu rên, gọi là tiếng rên màng não.

2/ Ăn gì cũng nôn một cách dễ dàng ;

3/ Thường táo bón. Trẻ con hay đi rửa.

4/ Khám thấy cứng gáy.

5/ Dấu hiệu kernig dương tính

6/ Nằm nghiêng, co người lại giống như cò súng.

C/ TRIỆU CHỨNG NÃO.

Thường đi kèm theo triệu chứng màng não. Có khi bệnh nhân nói mê sảng, có cơn điên cuồng đập phá, co giật động kinh, phản xạ gân tăng, có dấu Babinski. Có khi ngủ nhiều, lờ mờ, hôn mê, liệt nửa mặt, lác mắt, liệt nửa người, liệt một tay hay 1 chân v.v...

Ngoài ra có rối loạn nhịp thở, rối loạn vận mạch.

III.- CHẨN ĐOÁN :

A/ Dựa vào triệu chứng lâm sàng ; chủ yếu là tìm hội chứng màng não (nhức đầu, nôn mửa, cứng gáy, kernig dương tính v.v....).

B/ Chọc lấy dịch não tủy. Nếu nghĩ đến viêm màng não, nhất thiết phải làm. Trường hợp điển hình, sẽ thấy :

- Dich nao tuy chảy mạnh và nhanh
- Mầu hơi đục, đục hẳn hay như nước gạo, có khi có sợi mủ, cục mủ
- Albumin tăng (bình thường là 0g15 - 0g22/1 lít).
- Glucose giảm có khi mất hẳn (bình thường từ 0g50 - 0g75/ 1 lít).
- Tế bào tăng (bình thường có 1-3 lymphocyt / 1mm3) và có bạch cầu đa nhân thoái hóa.
- Đem cấy có thể tìm thấy vi trùng.

IV.- DIEU TRI VA DU PHONG

1/ Điều trị phối hợp sulfamid và kháng sinh.

- Sulfamid : - 6 đến 8gam một ngày; cho người lớn. Cách 2 - 3 giờ uống 1 gam, uống với nước bicarbonat, 500 - 1000ml một ngày. Dùng trong 5 - 7 ngày, với liều giảm dần, 0g10 - 0g20/ 1 cân nặng đối với trẻ em. Cũng uống làm nhiều lần như trên. Dùng trong 5 - 7 ngày.

- Penicilline : - 400.000 đến 600.000 đơn vị một ngày tiêm bắp thịt chia làm 4 lần, cách nhau 3 giờ. trong 5 - 7 ngày.

- Streptomycine - 1 gam 1 ngày, tiêm bắp thịt, chia 2 lần sáng, chiều, trong 5 - 7 ngày

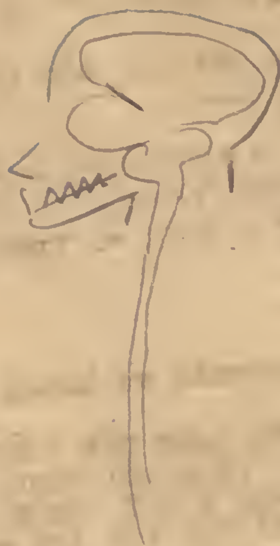
Với trẻ em từ 0g15 đến 0g50/ 1 ngày, tùy theo tuổi.

2/ Điều trị triệu chứng, nâng đỡ toàn thân.

- Trợ tim + camphre 0,20, tiêm bắp thịt ngày 1-2 ống
  + Coramine 25% : XX đến XXX giọt, uống chia làm 3 lần, sáng, trưa, chiều v.v...
- An thần : sirop bromure 3 Na, bromure Calci v.v...
- Chống phù não : thành huyết ngọt ưu trương 30% - 20ml đến 40ml tiêm tĩnh mạch.
- Cho đầy đủ vitamin, nhất là B1 và C.

3/ Để bệnh nhân nằm chỗ ấm, thoáng, yên tĩnh. Cho ăn chế độ nhẹ và bổ.

GHI CHU : Phạm vi bài này chỉ nói đến viêm màng não mủ do màng não cầu trùng - Ngoài ra bệnh viêm màng não mủ còn có thể do các vi trùng khác gây ra như phế cầu trùng (pneumocoques), vi trùng đường ruột như salmonella, colibacilles v.v.... Loại viêm màng não mủ sau này thường ít khi biến thành dịch. Về lâm sàng, ngoài hội chứng màng não, triệu chứng sốt, nhiễm trùng toàn thân v.v... cần chú ý phát hiện những ổ nhiễm trùng tại chỗ như viêm tai, viêm chũm (mastoidite) phế viêm v.v...).



Lê văn Hồng 15.11.62 537

AI C2

KHOA 5. ...H Dịch tả (Choléra). C.16. KL/-1-

BỆNH DỊCH TẢ (CHOLÉRA).

-:-:-:-:-:-:-:-:-

I.- ĐẠI CƯƠNG.

Bệnh dịch tả là một bệnh truyền nhiễm tối nguy hiểm. Đặc điểm của bệnh là ỉa chảy nhiều, nôn, làm cơ thể mất nước nghiêm trọng trong tim mạch, lạnh toát và rất dễ tử vong.

Bệnh bắt nguồn từ Ấn độ. Dịch đã gây các hại lớn ở Châu Âu năm 1829. Ở Pháp năm 1832 hơn 100.000 người mắc: ở Nga (Russie) năm 1921 hơn 200.000 người mắc, tử vong 4%. Ở Trung quốc, năm 1932, 100.000 người mắc. Năm 1957 Pakistan có 1 dịch lớn 1958 ở Thái lan cũng có. Những năm gần đây, do trình độ vệ sinh ngày càng khá, bệnh có tính chất tiềm tàng ở từng địa phương, ít phát thành dịch lớn.

II.- MẦM BỆNH.

Mầm bệnh do R.KOCH tìm thấy năm 1883. Hình ... phẩy (?) nên gọi là phẩy trùng tả (vibrion cholérique), rất di động, gram âm tính. Mọc rất nhanh ngay cả trong những môi trường nghèo như nước pepton. Sống được trong nước sông, biển, dễ bị diệt bởi ánh sáng mặt trời, các thuốc sát trùng và các chất toan.

Trong cơ thể phẩy trùng tả ở niêm mạc ruột ... nội độc tố gây những tổn thương chủ yếu là ở hỗng ... tràng (jéjuno - iléon) phẩy trùng có thể cư trú trong túi mật.

Tìm thấy phẩy trùng tả ở trong phân, nước nôn của bệnh nhân không thấy ở máu.

III.- Ổ TRÙNG VÀ ĐƯỜNG LÂY.

Ổ trùng tiềm tàng ở Ấn độ.

- Bệnh lây trực tiếp từ người sang người:

Bệnh nhân có thể truyền bệnh ở tất cả các giai đoạn của bệnh, thời kỳ bệnh phân đang lại gió, phẩy trùng tả có thể còn trong phân (tới 2-3 tuần nữa. Trong số người ... bệnh tới 1...

Bài 5 . Bệnh dịch tả (Choléra), C.16 . KL/-2-

\- Bệnh lây gián tiếp qua đường nước (gây thành dịch bùng phát), ruồi nhặng, trai (huitre) thức ăn ô nhiễm, đồ vật, quần áo đã đụng chạm với bệnh nhân vv...

IV.- TRIEU CHUNG LAM SANG .

1/ Nung bệnh : trung bình 2-3 ngày . Có thể từ vài giờ đến 5 - 6 ngày .

2/ Ỉa chảy báo trước : không mót rặn, không đau rát hậu môn, mệt, sôi bụng, lâm dâm đau bụng. phân thối khắm .

3/ Toàn phát : Nổi bật là những triệu chứng tiêu hóa và lạnh toát (algidité).

\- Triệu chứng tiêu hóa : ỉa lỏng như nước vo gạo, mùi tanh nhạt chứ không thối, có những mảnh niêm mạc ruột trông lổn nhổn như những hạt gạo, mỗi ngày từ 1-5 lít . Nôn ra mật và lổn nhổn như hạt gạo, nôn liên tục hoặc thưa .

Đau như dao đâm ở vùng thượng vị

Đái rất ít : vô niệu là dấu hiệu chính để tiên lượng .

\- Lạnh toát : mồ hôi nhớt, tái tím, chân tay giá lạnh như nước đá, nhiệt độ trung tâm có thể là 40°C , cũng có thể là 36° , mạch nhỏ chỉ thở gấp, giọng nói thều thào, mắt trũng sâu, toàn thân mệt thiu rất khát nước, những cơn chuột rút dữ dội, thông thường, bệnh nhân vẫn tỉnh , xét nghiệm máu : số lượng hồng cầu lên đến 7 - 10 triệu trong $1mm^3$. Tăng bạch cầu 20.000 - 30.000. Giảm lympho (lymphopenie) không có eosinophile .

5/ Bệnh kết thúc : hoặc khỏi, hoặc chết trong tình trạng trụy tim mạch, máu cô, trúng độc toan v.v....

V.- CAC THE BENH VA BIEN CHUNG .

\- Thể nhẹ : bệnh ngừng lại ở giai đoạn ỉa chảy báo trước, không tiến sang giai đoạn toàn phát .

\- Thể nặng : chết trong vài ngày, cũng có khi khỏi .

\- Thể xét đánh, chết trong vài giờ, không có tiến triển

– Thể tả khô (choléra sec) không đi [illegible], bệnh cạnh như ngực thống (angine de poitrine) .

Biến chứng ; nổi ban ngoài da (hay gặp trong giai đoạn lui bệnh), tetanie, liệt cơ, phế [illegible] phế viêm, [illegible] da, viêm giác mạc, xẩy thai, hoặc bệnh phối hợp với [illegible], thương hàn v.v....

VI.- CHẨN ĐOÁN .

Khi đang có dịch, đối với những [illegible] điển hình, chẩn đoán không có gì khó [illegible] . [illegible] với những trường hợp nhẹ . Phải nhớ đến [illegible] [illegible] [illegible], cấy [illegible], cấy nước nôn tìm phẩy trùng tả .

VII.- DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ .

Dự phòng :

– Khai báo, cách ly, tẩy uế, phát hiện [illegible] mang trùng .

– Không [illegible] rau sống, không uống [illegible] [illegible], vệ sinh cá nhân , diệt ruồi, vệ sinh cống rãnh, nước, thực phẩm .

– Uống thực khuẩn thể [illegible] thời gian có [illegible] ngày 1 lần , mỗi lần 10 - 20 [illegible] .

– Tiêm thuốc phòng tả hằng năm lần thứ nhất $1cm^3$, lần thứ hai $2cm^3$, cách nhau 7 - 10 ngày .

Khi có dịch, tiêm nhắc nhở $1cc5$.

Điều trị :

– Chống mất nước và muối

– Chống trụy tim mạch

– Diệt trùng .

Cụ thể :

– Giỏ giọt tiêm tĩnh mạch hoặc dưới da (bộc lộ tĩnh mạch ngay từ đầu) huyết thanh mặn đẳng 2 - [illegible] lít có khi 10 - 15 lít .

– Tiêm tĩnh mạch huyết thanh mặn ưu [illegible] - 30% , 20ml - 40ml .

54°

+ Dung dịch ưu chương Rosenberg :

1 lít nước có	14g	Cona	tiêm tĩnh mạch
	10g	Na Bicarbonat	
	0g45	$CaCl_2$	

+ Glucose tĩnh mạch 500^{ml} (dung dịch 5%

- Sưởi nóng bệnh nhân .
- Cafeine, camphre , strychnisie, adrénaline.
- Uống thực khuẩn thể 2 lần 1 ngày mỗi lần 10-20cc trong 2 - 4 ngày .
- Sulfaguanidine : 20 gam/24 giờ - Cách 4 giờ uống 3 gam trong 4 - 6 ngày .
- Có tác giả dùng syntomycine, biomycine, chloromycétine .....
- Bệnh nhân nằm buồng riêng, có màn che cửa chống ruồi .
- Ra viện sau 3 lần cấy phân âm tính .
- Người săn sóc không được về nhà, phải theo rọi thử phân cẩn thận cách ly 7 ngày cho uống thực khuẩn thể 15 cc , 3 ngày sau lại uống 15cc nữa . Nếu đã tiêm chủng trên 4 tháng rồi phải tiêm lại .

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Khoa D. Nhiễm độc nhiễm trùng do thức ăn. KL/-9-

NHIỄM ĐỘC NHIỄM TRÙNG DO THỨC ĂN.

-:-:-:-:-:-:-:-

Là 1 bệnh cấp tính hay gặp. Do nhiều loại vi trùng gây nên, theo đường thức ăn vào cơ thể, gây 1 viêm dạ dầy tiểu đại tràng cấp tính (gastro - entéro- colite aigui).

I.- MẦM BỆNH VÀ ĐƯỜNG LÂY :

A/ VI TRÙNG GÂY BỆNH CÓ 3 LOẠI.

1/ Salmonella (thông thường nhất).
- Salmonella enteritidis
- S. typhi murium
- S. cholerae suis.

2/ Trùng gây bệnh thông thường đường ruột :
- Bactérium coli
- Bactériums paracoli
- Các loại cầu trùng khác v.v...

Bình thường chúng sống ký sinh tự do, có điều kiện tốt thì trở nên độc và gây bệnh.

3/ Botulus.

B/ ĐƯỜNG LÂY VÀ CÁCH MẮC BỆNH.

- Thức ăn bị ô nhiễm, khi người ăn vào bị mắc.
- Thức ăn đã nấu kỹ rồi nhưng độc tố vẫn có thể đột nhập cơ thể. Phần lớn do thịt. Thịt có thể bị hư ở nhiều giai đoạn.
- Thịt súc vật ốm, chuyển vận súc vật kém (nóng quá, sóc nhiều).
- Lúc làm thịt thiếu vệ sinh.
- Lúc làm bếp thiếu vệ sinh, Nấu chưa chín kỹ.
- Đồ hộp qúa hạn.

II.- TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG.

542

KHOA 5 . - Nhiễm độc nhiễm trùng do thức ăn, C.16. XI/-6-

A/ NUNG BENH :

Ngắn dài, tùy theo số lượng thức ăn nhiều ít, thức ăn bị hư hỏng nhiều ít - thông thường từ 1 - 2 ngày .

B/ CAC THE LAM SANG :

1/ Thể nhẹ : giống như viêm dạ dày tiểu đại tràng.. (Khoảng 3 - 4 ngày khỏi) . Bệnh nhân rét nhẹ. Mệt, khó chịu , buồn nôn, nôn mửa, lưỡi bẩn, mạch nhanh, nhiệt độ tăng .

2/ Thể nặng giống tả sốt cao, đau mình mẩy nhiều người mệt, phân lỏng như nước gạo. Nôn nhiều, người khô và thiếu nước, mất giọng. Mạch nhanh yếu, kiệt sức nhanh chóng .

3/ Thể giống cúm : Rét run và nóng, Đau mình mẩy, nhức đầu ăn không ngon, nôn, người yếu đi. Đau cổ họng mất đỏ, họng đỏ, mũi viêm, mắt mày xung huyết. Đau bụng mạch chậm, người tái xanh (do nhiễm độc).

4/ Thể nhiễm độc thần kinh (neurotoxicose hay dyspepsie toxique) dễ gây tử vong . Sốt cao, lách, gan to, bụng chướng đau, kèm theo những hội chứng quan trọng về thần kinh tuần hoàn, hô hấp (tim yếu nhanh, thở gấp, nghe phổi có rên ướt ở đáy phổi, lì bì mê man, lên cơn dật v.v...).

III.- CHAN DOAN .

Căn cứ vào hỏi bệnh kỹ, xem điều kiện phát sinh bệnh. Xét nghiệm:-cấy máu, phân.(vào ngày thứ nhất, thứ hai)

- Phản ứng ngưng kết máu (hémoagglutination) từ ngày thứ 7 - 12 .
- Phân tích các chất nôn về mặt vi trùng học sinh hóa, độc lý học .

IV.- DIEU TRI DU PHONG .

A/ Điều trị .

- Làm thoát chất độc : rửa dạ dày bằng dung dịch Na bicarbonat 5% .

- Trung hòa chất độc: uống than 1 thìa to, 1/2 giờ sau cho uống dầu thầu dầu .

- Diệt vi trùng : sulfaguanidine, syntomycine, chloromycétine, auréomycine v.v...

- Tiếp nước và muối tăng sức đề kháng nước chè nóng, tiêm thanh huyết mặn đẳng, ngọt đẳng. Sinh tố A, B1, C, truyền máu, plasma nếu cần trợ tim mạch. Đắp nước nóng ở bụng, chống co thắt, chống đau .

- Chế độ ăn : ngày đầu nhịn hoàn toàn (chỉ dùng nước chè đặc).

KHOA 5. Nhiễm trùng nhiễm độc thức ăn, C.16. KL/-7-

DỰ PHÒNG .

- Kiểm tra thường xuyên súc vật (nhất là vật ốm, ghẻ lở v.v.v..).
- Kiểm tra thực phẩm : sát sinh, chuyển vận, dư trữ.
- Vệ sinh các giai đoạn biến chế thực phẩm .
- Cách ly bệnh nhân, tẩy uế . Chỉ cho ra Viện khi cấy phân không còn salmonella .

Cấp dưỡng : khỏe mạnh , thường xuyên kiểm tra tay, họng , phân (mỗi thang làm 1 lần) .

XXXXXXXXXXXXXXXYYXXXYY

3. 10. 3. 64

9 Lê văn Hồng AI 545

NỘI 5. Bệnh sốt rét. [illegible] KT/-1-

BỆNH SỐT RÉT
=:=:=:=:=:=:=:=:=:=

I.- ĐẠI CƯƠNG

A/ TẦM QUAN TRỌNG.

- Các nước ở Đông [illegible] đều nằm trong vùng sốt rét.
- Như ở Miền Bắc Việt Nam :
  + Vùng sốt rét chiếm [illegible] diện tích.
  + Số người mắc sốt rét tới trên [illegible] triệu người.
  + Ở Tỉnh Thái [illegible], năm 1956 khi chưa thực hiện kế hoạch tiêu diệt bệnh sốt rét, thì :
    3/4 người mắc bệnh là mắc sốt rét.
    3/4 người chết cũng do sốt rét.

B/ ĐỊNH NGHĨA.

- Sốt rét là sốt [illegible] truyền nhiễm, [illegible] thành dịch ở từng địa phương, cấp tính hay mãn tính, thành [illegible] tái phát, do một huyết cầu trùng gây nên, do muỗi a-nô-phen truyền [illegible] có đặc điểm là gây nên những cơn sốt cao, có rét, và ra mồ hôi, những cơn này xuất hiện có chu kỳ, người bệnh thường có [illegible] thiếu máu và đôi khi da vàng.

C/ NHẮC LẠI VỀ KÝ SINH TRÙNG SỐT RÉT :

a) Có 3 loại trùng sốt rét chính :

+ Vivac[illegible]
+ Ma la Ri ê.
+ Phan - xi - [illegible] - rom.

b) Những giai đoạn phát triển của trùng sốt rét :

- Ở người : Giai đoạn ngoài hồng cầu.
  Giai đoạn trong hồng cầu. (vô tính và hữu tính)
- Ở muỗi : từ trứng phát triển đến thành trùng.

II.- [illegible]

A/ THỂ SỐT [illegible].

1/ Cơn sốt có 3 giai đoạn :

- [illegible] rét : sau một vài triệu chứng như chán ăn, mỏi mệt, nhức [illegible] .... bệnh nhân lên cơn rét, nổi da, rung lẩy cẩy, [illegible] rùng [illegible], [illegible]

- Nóng : gần hết cơn rét, người sốt cao, nóng 39°, 40° ; nhức đầu, khát nước, mặt đỏ, mắt đỏ - Nóng lâu khoảng một vài giờ.
- Mồ hôi : hết nóng, người vã mồ hôi, mệt nhọi - sau đó người lại cảm thấy dễ chịu, nhiệt độ xuống bình thường, có thể tiếp tục làm việc ngay.

2/ Cơn sốt có chu kỳ :

+ Cơn sốt hàng ngày.
+ Hoặc sốt cách một ngày.
+ Hoặc sốt cách hai ngày.

Có chu kỳ này là do chu kỳ sinh sản của trùng sốt rét trong Hồng cầu.

3/ Tổn thương ở phủ tạng :

+ Lách to
+ Gan to

- Thiếu máu : Hồng cầu khoảng 3,4 triệu. Bạch cầu giảm, khoảng 4,5 nghìn.

4/ Diễn biến : Bệnh khỏi được ít lâu lại tái phát (nhất là đối với Huyết cầu trùng loại vivác).

B/ MẤY THỂ BỆNH SỐT RÉT KHÁC :

1/ Sốt rét mãn tính (thường ở những người ở vùng sốt rét nặng).

+ Người bệnh sốt dai dẳng.
+ Lâu lâu lại có cơn rét.
+ Lách to và đau, gan sưng.
+ Thiếu máu.
+ Sốt rét mãn tính quá lâu dẫn tới : da vàng, phù thũng, sơ gan.

2/ Sốt rét ác liệt :

- Một tai biến nguy kịch và phổ biến của bệnh sốt rét
- Người bệnh thường sốt cao 40°, 41°, kèm theo có :

+ Hoặc cuồng sảng : Nói lảm nhảm, chạy lung tung đập phá.
+ Hoặc hôn mê : mắt nhìn thao láo, chân tay mềm, cấu véo không biết đau.
+ Hoặc co giật : lên những cơn co giật như động kinh.

+ Hoặc lạnh : sau một vài ngày sốt cao, bệnh nhân tay, chân, mặt lạnh toát, mồ hôi dầm dề, tim mạch nhỏ yếu.

+ Hoặc thổ tả ; tiêng nôn, và chảy nhiều lần, chuột rút, bụng đau - khó thở .

- Sốt rét ác liệt thường do trùng Phan - xipa - rom, và gây nên các tổn thương nặng ở các phủ tạng và nhất là ở não .

3/ Sốt mật đái huyết sắc tố :

- Sốt cao - Rét run - nôn nhiều ra mật xanh, sau đái ra nước đái đỏ, nâu, - đôi da vàng khè, vàng lại dầng .

- Gan, lách : to . Hồng cầu giảm xuống tới 1, 2 triệu. Có ... sắc tố trong nước tiểu

- Thường sốt mật, đái huyết sắc tố chỉ ... ở những bệnh nhân được điều trị bằng ký ninh .

4/ Sốt rét số nhiều .

Có một số bệnh nhân lần mắc sốt rét đầu tiên trong đời người, không có cơn sốt và rét chu kỳ, mà lại sốt cao liên tục, trong 5, 7 ngày , khó chẩn đoán có thể nhầm lẫn với các bệnh số dai dẳng như thương hàn , v v .. cần thử máu tìm ký sinh trùng mới định rõ bệnh .

C/ ĐỊNH BỆNH SỐT RÉT.

1/ Căn cứ vào cơn sốt có chu kỳ và qua 3 giai đoạn :

Rét, nóng, mồ hôi - (nhưng cũng có nhiều trường hợp sốt rét mà lại sốt dai dẳng như thương hàn, hoặc có hội chứng màng não như viêm màng não, hoặc đau bụng quặn ... ghê gớm như viêm ruột thừa ....).

2/ Tìm ký sinh trùng sốt rét .

+ Phải tìm nhiều lần .
+ Nên làm cả giọt dầy lẫn giọt mỏng .
+ Lấy máu trước khi dùng thuốc đặc hiệu .
+ Lấy ngay khi có cơn rét, sốt cao .

3/ Cần phân biệt với :

a) Những bệnh có cơn sốt chu kỳ :

- Một số trường hợp thương hàn dã được điều trị bằng chloromycetine vẫn sốt cao về chiều .

- Một số trường hợp lao phổi cũng sốt về chiều .

b) Những bệnh có cơn rét và nóng :

+ Bệnh xoắn trùng vàng da có cơn rét nóng .
+ Nhiễm trùng làm mủ gây nhiều cơn rét và nóng . Hai bệnh trên đều cơn sốt rét không có chu kỳ .

c) Ra mồ hôi sau cơn sốt .

Cần chú ý, ở các bệnh nhân, dang sốt dược diều tri bằng Aspirine - Pyramidon, cũng gây toat mồ hôi, và hạ nhiệt dễ sau khi dùng thuốc .

III : DIEU TRI SOT RET :

A/ NANG DO TOAN THAN.

1/ thanh huyết ngọt 30% - 40cc
Vitamin B1 0,025 x 2 dến 4 ống
Vitamin C 0;10 x 2 dến 4 ống
} tiêm tịnh mạch chậu

2/ Tiêm truyền thanh huyết ngọt 5% 500cc
Tiêm truyền thanh huyết mặn 8,5% 500cc
Truyền dưới da nếu có hiện tượng mất nước sốt lâu

3/ Trợ tim :

- Caféin : 0,25 x 1 - 2 ống dưới da
- Hoặc spartéin 0,05 x 1 - 2 ống dưới da
- Hoặc camphre 0,20 x 1 - 2 ống tiêm bắp

4/ Bổ máu :

Arrhénal ống 0,05 x 1 - 2 ống một ngày dưới da x 10 - 15 ngày .

- Hoặc caco sylate de Na ống 0,05 x 1 2 ống một ngày dưới da x 10 - 15 ngày .

- Viên Protoxalate de fe 0,50 x 1 viên x 10 ngày
- Hoac sulfate ferreux 0,10 x 3 vien x 10 ngay .

5/ Bổ gan : uống

- Cao gan 1 - 2 ống một ngày .
- Hepaphos 1 - 2 ống một ngày .
- An gan tươi . 2 - 3 lạng một ngày .

B/ DIEU TRI DAC HIEU 1°/ cơn sốt rét thông thường - 0/ Dùng quinacrine, plasmocid .

Ngày :	Quinacrine	Plasmocid
1	0;10 x 6 viên	0,02 x 2 viên
2,3 , 45 -	0.10,x 3 viên	0,02 x 2 viên
6,7,8,9,10,11 12	Nghỉ thuốc	
13, 14, 15	0,10 x 3 vien	0,02 x 2 viên
tu 16 toi 22, 23, 24, 25 .	Nghỉ thuốc 7 ngày 0,10 x 3 viên .	0,02 x 2 viên

α/ Hoặc dùng Nivaquine . Plasmocid :

Nivaquine 0,10 x 6 viên - và Plasmocid 0,02 x 2 viên : ngày 1
0,10 x 5 0,02 x 2 viên 4 ngày sau

ß/ Hoặc dùng Quinacrine - Paludrine - Plasmocid

- Quinacrine : 3 viên 0,10
- Paludrine : 3 viên 0,10
- Plasmocid : 2 viên 0,12

} uống trong 7 ngày liền .

2/ Cơn sốt rét ác liệt :

a) Bichlonhydrate de Quinine 1gr tiêm bắp
8 giờ sau 1gr

hoặc b) Bichlonhydrate de Quinine 0,50
Huyết thanh ngọt đu 30% . 20cc } t/mạch chậm.

+ Bichlonhydrate de Quinine 0,50 tiêm bắp .
+ Sau 8 giờ : Bichlonhdrate de Quinine 1gr trên bắp

c) Quinacrine (tiêm) 0,30 tiêm bắp .
Tiêm 3 lần trong ngày cách nhau 3 giờ .
Sau khi khỏi cơn sốt rét ác liệt, điều trị như cơn sốt rét thông thường .

3/ Sốt mật đái huyết sắc tố :

a) Ngừng ngay Quinine, không được dùng .
b) Giải độc, thông tiểu tiện :

Thanh huyết mặn và ngọt đẳng chương đuối ... : 1 lít.
- Thanh huyết ngọt 30% - 40cc - 50cc .
- Novocaine 0,25% - 10ml tĩnh mạch .

c) Chống bần huyết, thiếu máu :
- Truyền plasma, hoặc truyền máu cùng loại .

d) Tránh huyết tan :
- Vitamin C (tĩnh mạch) : 0,10 x 5 ống x 3 lần trong 24 h
- Chlorure Ca (tĩnh mạch) : 0,50 x 2 lần trong ngày :

e) Chữa các triệu chứng khác :
- Chống nôn Atropine 1/4 mgr x 3 lần trong ngày .
- Nghỉ ngơi sưởi nóng
- Dùng các thuốc trợ tim .

Ngày 21/1/1...

Ngày 6 tháng 3 Năm 1964

NOI 5. Benh dich hac C16 83. KL/-1- 551

11 Lê Văn Hồng AI

B E N H D I C H H A C H

I.- LICH SU CUA BENH.

Dịch hạch là một bệnh truyền nhiễm tối nguy hiểm [illegible] thành những vụ dịch lớn, chết người hàng loạt - Năm 1500 trên thế giới đã có 109 vụ dịch; năm 1500 - 1720 ở Châu Âu xảy ra 45 vụ, trong đó riêng nước Pháp (MARSEILLE), đã có tới 40 000 người [illegible]. Từ thế kỷ thứ 19 bệnh lan tới Châu Á, Châu phi ! 1910 ở Mãn Châu đã xảy ra một vụ dịch hạch thể phổi hoành hành nguy hại nhất từ xưa đến nay.

II.- NGUYEN NHAN.

Do trực trùng Pestis đã được phân lập [illegible] (Yesin)- Tiêm truyền trực trùng dịch hạch cho chuột, [illegible] nhắt, chuột bạch gây được bệnh thực nghiệm. Dưới sức nóng [illegible] sấy, ánh nắng mặt trời dễ bị diệt; Chống [illegible] rất lâu ở đất ẩm - Trực trùng dịch hạch còn có thể sống [illegible] 6 tháng về mùa đông và 1 tháng về mùa hè - Nó khu trú ở [illegible] ở đờm rãi của người bệnh, nếu [illegible] thể nhiễm trùng [illegible] thấy nó ở trong máu.

III.- DICH TE.

a) Nguồn bệnh - do chuột, khỉ, thỏ [illegible], lo [illegible] ở rừng, chuột bạch, mèo dễ bị [illegible] cho thì không.

12 b) Đường lây bệnh do đụng chạm phải chuột chết, [illegible] chết dột, - Bọ chét mang vi trùng từ chuột [illegible] chuột kia; nếu bọ chét vào người bị cọ gãi sẽ lột người [illegible] bệnh. Khi vi trùng dịch hạch xâm nhập cơ thể người, sẽ tới [illegible] vào những hạch gần nhất. Nếu [illegible] thể nhiễm trùng [illegible] thấy trực trùng Pestis trong [illegible], ở thời kỳ cuối của bệnh. [illegible] thể phổi rất lây, lây bằng đờm rãi từ người sang người.

IV.- L[illegible]

a) Thời kỳ nung bệnh: [illegible] 1 đến [illegible] giờ, [illegible] trung bình [illegible] ngày.

b) Thời kỳ khởi phát: Khởi phát đột ngột, [illegible] nhức đầu mạnh, chóng mặt, nhiệt độ cao.

- Nhiệt độ lên nhanh, sau đó cao đều.

c) Triệu chứng chính:

+ Mặt đỏ mắt đỏ.
+ Đi lảo đảo, tiếng nói như say rượu [illegible] nhiều.
+ Lưỡi trắng như bôi vôi.
+ Sức yếu đi một cách nhanh chóng. [illegible]

Ngày ... tháng ... năm 1962

d) Các thể của dịch hạch : có 3 thể :

1- Dịch hạch thể hạch. Nung bệnh từ 1 - 5 ngày, có thể 10 ngày.

- Sốt cao và rét run rũ tợn, nói bất lực khởi fát.
- Rối đến rối loạn tiêu hóa.
- Mạch nhanh, khó thở
- Nước tiểu có albumin.
- Có khi xuất huyết.
- Thường đau 1 hạch, hoặc ở hang, ở nách hay ở cổ v.v... Đau hạch tại chỗ, đau tự nhiên hay đau khi sờ nắn. Hạch to bằng hạt dẻ, quả trứng gà, dính vào da, nhưng di động dưới sâu, rồi mềm dần đi, đỏ lên, sau đó tím lại và vỡ ra :

2- Dịch hạch thể phổi.

- Thể phổi là tiến phát hay thứ phát sau khi hạch bị xâm nhập.
- Nung bệnh từ 2 - 10 ngày, có thể từ vài giờ đến trên 1 tuần.
- Có 4 triệu chứng chính :
  + Sốt cao rồi rét run, mệt mỏi khó chịu, mạch nhanh, rối loạn tiêu hóa.
  + Nghẹt thở sợ hãi, môi tím tái nhanh chóng, rất khó thở, phổi có tiếng thổi, tiếng rên.
  + Đờm rãi sùi bọt đờm màu hồng.
  + Rối loạn thần kinh : đi lảo đảo, động tác rời rạc, nói cuồng sảng, có khi có phản ứng màng não.

3- Dịch hạch thể máu. Còn gọi dịch hạch thể thương hàn, vì giống thương hàn, sốt cao, mạch nhanh, khó thở - chết sau 2 - 3 ngày.

Máu : lympho, giảm, công thức bạch cầu chuyển trái.

e) Định bệnh kiểm nghiệm

1- Thể hạch : lấy nước ở hạch
2- Thể phổi : xem đờm tìm trực trùng Pestis
3- Thể máu : tìm vô trùng trong máu.

V.- CHẨN ĐOÁN.

a- Chẩn đoán phân biệt với : sưng phổi (thể phổi), các bệnh sốt khác.

VI.- ĐIỀU TRỊ .

+ Huyết thanh trị liệu : Dùng sớm và đủ liều [illegible] S.A.P. (dóng ống 20cc); tiêm dưới da mạng sườn hay tiêm tĩnh mạch rất chậm (trong 5 phút) có thể dùng 100cc tiêm một lúc hoặc [illegible] tiêm [illegible] ít một .

+ Thêm sulfamid : 8-10gr/24 giờ, uống 6 ngày .

+ Dùng kháng sinh (tỷ lệ khỏi 75%) như : streptomycine, lévomycétine biomycine .

+ Trợ lực - trợ tim - an thần .

VII.- CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG LÂY BỆNH .

- Triệt để cách ly bệnh nhân và những người tiếp súc .
- Phải báo cáo cấp tốc cơ quan y tế cấp trên .
- Phòng bệnh cho cá nhân (mặc quần áo chống dịch hạch khi tiếp súc với bệnh nhân và khi lấy bệnh phẩm).
- Khử trùng và trừ sâu bọ, diệt chuột ở ổ bệnh .
- Nếu đồ dùng nào của bệnh nhân không khử trùng được thì phải đốt .
- Bảo vệ cửa bể , sân bay, ga biên giới .
- Kiểm tra chuột xem có bị dịch hạch không ?
- Cho bệnh nhân ra viện sau 1 tháng hết sốt .
- Tiêm phòng bằng huyết thanh, tiêm 10cc cho người tiếp súc (miễn dịch được 8 ngày).
- Tiêm phòng bằng thuốc sinh hóa (Vaccin):

 a -Ngày đầu tiêm 2cc .
 b- Sau 5 ngày tiêm 2cc
 c- Sau 5 ngày tiêm 4cc .
 Ngày thứ [illegible] có miễn dịch .

- Phải cách ly người tiếp súc với bệnh nhân trong 6 ngày và theo dõi .

555

Lê văn Hồng Ất

BỆNH VIÊM GAN TRUYỀN NHIỄM

(Bệnh Botkin).

============

I.- [illegible] .

- Bệnh viêm gan truyền nhiễm [illegible] lọc [illegible] gây nên . Siêu vi trùng [illegible] trong [illegible] người [illegible], khi có trong nước tiểu . [illegible] tồn tại lâu trong [illegible] bệnh nhân .

Người bệnh là người [illegible], lây ở cuối thời kỳ nung bệnh, thời kỳ trước vàng da và thời kỳ vàng da . [illegible] bệnh nhân [illegible] khỏi nhưng bị tái phát cũng [illegible] lây bệnh .

Cũng như các bệnh nhiễm trùng [illegible] đường ruột khác, bệnh viêm gan truyền nhiễm lây [illegible] nước trái cây, ruồi nhặng v.v...

Ngoài ra, bệnh còn có thể lây bằng đường [illegible] như bơ tiêm, kim tiêm, dao chích, chủng v.v.., dễ bị ô nhiễm bởi máu của bệnh nhân hoặc người lành mang mầm bệnh, nếu không được tiệt trùng kỹ . Có tác giả cho rằng bệnh có thể lây [illegible] đường hô hấp . Bệnh gây miễn dịch tương đối vững bền, ít khi tái phát . Trẻ con mắc nhiều hơn người lớn .

II.- LÂM SÀNG .

A/ NUNG BỆNH :

Từ 24 - 35 ngày nếu bệnh lây [illegible] đường tiêu hóa : từ 1- [illegible] tháng nếu bệnh lây qua đường tiêm chủng .

B/ KHỞI PHÁT :

- Sốt : thường là sốt nhẹ (37^o5 - 38^o) . Có khi sốt cao 39 - 40° hay hơn nữa . Có khi không sốt .

- Mệt : cảm thấy mệt mỏi, không muốn làm gì, [illegible] thường không đi đôi với sốt, sốt ít, mệt nhiều .

- Rối loạn tiêu hóa : Chán ăn, đầy [illegible], [illegible], lợm giọng buồn nôn, có khi nôn, sôi [illegible], đầy bụng, sôi bụng, [illegible] đau tức vùng thượng vị hoặc [illegible] sườn phải .....

- Nước tiểu [illegible] có bệnh nhân [illegible] mỏi các khớp, hắt hơi, sổ mũi như kiểu cúm . Đó là những triệu chứng [illegible] gặp thấy trong thời kỳ khởi phát - Thời kỳ này kéo dài khoảng 5 - 7 ngày .

C/ TOÀN PHÁT .

Sau 5-7 ngày sốt [illegible], mệt, rối loạn tiêu hóa, [illegible] hết sốt, cảm thấy dễ chịu hơn [illegible] (có thể vàng da) . Vài ngày sau [illegible] chán ăn, đầy bụng, sôi bụng [illegible] Bệnh nhân [illegible], ít [illegible].

956

Có bệnh nhân ngứa gai luôn, có khi da nổi ban , Nước tiểu ít hơn, vàng đậm hơn, có bilirubin, urobilin; có khi có albimin, hồng cầu . Phân bạc màu, thường là tao, stercobilin trong phân thời kỳ này thường âm tính ở lúc vàng da đang đậm .

Khám thấy gan to, đau, một số trường hợp kèm theo lách to, về phía tim, mạch không thấy thay đổi đặc biệt . Hay gặp mạch chậm (48 - 60/1 phút). Bạch cầu hạ, bilirubin huyết tăng . Các xét nghiệm về gan như điện di, phản ứng lên bông dương tính, men trausaminase tăng cao trong máu . Thông thường , sau 2-3 tuần vàng da rút dần . Bệnh nhân đái nhiều, ngày càng trong hơn. Lúc vàng da rút xuống, hay gặp thấy bệnh nhân đi ỉa phân xanh - lỏng trong 1 - 2 ngày . Các triệu chứng lâm sàng cũng bớt dần, thường sau 1 đến 1 tháng rưỡi thì hết vàng da .

D/ PHỤC HỒI .

Từ khi vàng da rút xuống, bệnh nhân thấy dễ mệt hơn, ăn ngon trở lại, ngủ được, hết rức đầu . Khám thấy gan nhỏ lại, hết đau. Thường thì sau 30 - 45 ngày điều trị, bệnh nhân có thể ra viện được .

Có một số trường hợp bệnh kéo dài, vàng da lâu rút, những triệu chứng rối loạn tiêu hóa, rức đầu, mất ngủ kéo dài. Một số trường hợp dẫn đến viêm gan mãn tính, sơ gan .

E/ CÁC THỂ LÂM SÀNG CHÍNH

- Thể nhẹ : vàng da nhẹ, mau rút. Các triệu chứng lâm sàng mau hết , thời gian tiến triển . Khoảng 1 tháng trở lại
- Thể vừa : (thể điển hình như đã nói trên).
- Thể nặng gây loạn dưỡng gan cấp tính (dystrophie aiguë du foie) dẫn tới hôn mê gan với tỷ lệ tử vong cao .
- Thể kéo dài : vàng da kéo dài trên 6 tuần thường kèm theo viêm đường dẫn mật, có thể dẫn đến viêm gan mãn tính, sơ gan

III.- CHẨN ĐOÁN .

Cho đến nay chưa có khả năng chẩn đoán về mặt siêu vi trùng học .

Phải dựa vào dịch tễ và những triệu chứng hay gặp của thời kỳ khởi phát như sốt , mệt, chán ăn, nước tiểu vàng - Nghi ngờ phải tìm bilirubin trong nước tiểu, có điều kiện thì thử máu xác định hoạt tính của men trausaminases, thử các chức phận gan v.v...

IV.- DỰ PHÒNG .

Chưa có thuốc tiêm phòng đối với bệnh viêm gan truyền nhiễm. Chủ yếu dựa vào vệ sinh ăn uống, vệ sinh phân, rác, vệ sinh nguồn nước, kịp thời đưa bệnh nhân vào điều trị ở bệnh viện;

Khử trùng, tẩy uế kỹ lưỡng những chất bài tiết của bệnh nhân nhất là phân. Tóm lại dự phòng như đối với những bệnh truyền nhiễm đường ruột khác (thương hàn, lỵ ....).

V.- DIỀU TRỊ .

Bệnh nhân phải vào viện - Nghỉ ngơi hoàn toàn ăn chế độ kiêng mỡ, kiêng đồ rán, ăn tăng đạm đường sinh tố.

Về thuốc men, có thể dùng :

- Glucose 30% . 20 - ml tiêm tĩnh mạch ... ngày cho đến khi khỏi glucose 5 uống ngày 500 - 1000ml cho đến khi khỏi .

- Vitamine B1, C , B12 , A tinh chất gan như hepaphos.
- Thuốc chống nhiễm mỡ cho gan như lipocaine 0,1 x 2-4 viên mỗi ngày trong 15-20 ngày .
- Thuốc nhuận mật như sulfate de magnésie 10 - uống ngày 3 lần, mỗi lần 1 thìa canh .

- Nếu có sốt trong thời kỳ vàng da, nên cho thêm bio-mycine (auréomycine) 3-5 centigam cho một cân nặng trong 7 - 10 ngày

- Đối với một số trường hợp nặng, có thể dùng cortisone cortancyl .... Dùng trong 10 - 15 ngày .

/ Cortisone 200mg ngày đầu, những ngày sau rút dần xuống cho tới 25mg một ngày . Cortancyl 30mg ngày đầu, những ngày sau rút dần xuống cho tới 20 - 10 mg mỗi ngày . Phải ăn nhạt, ăn tăng chất đạm trong khi dùng thuốc . Nhớ theo dõi huyết áp và cân nặng. Khi ngừng thuốc, cho tiếp 3 - 5 ngày A.C.T.H, mỗi ngày 10 - 20 đơn vị, tiêm bắp thịt làm 1 - 2 lần để tránh suy nhược tuyến ...

Ngày 21/1/1964

NỘI 5 .-. Bệnh Quai bị. Lớp C.16a (85) . DCB/ - 1.

QUAI BỊ

Quai bị là một bệnh truyền nhiễm lây bằng đường hô hấp, thường xẩy ra về mùa đông, mùa xuân, hay phát thành những vụ dịch nhỏ ở những tập thể.

Tuổi hay mắc : từ 3 đến 30 tuổi.

I. NGUYÊN NHÂN và DỊCH TỄ HỌC.

1/ Do 1 loại siêu vi trùng, sức chịu đựng yếu. Ra ngoại cảnh, sống không được lâu.

Tia cực tím, nhiệt độ 55° trong 20 phút và formol làm mất khả năng hoạt động của siêu vi trùng.

2/ Nguồn lây : Người ốm là nguồn lây chính. Vài ngày trước khi có triệu chứng lâm sàng, đã có thể lây bệnh. Do đó, rất khó cách ly.

3/ Đường lây : Lây theo đường hô hấp bằng những hạt nước bọt bắn ra và do người xung quanh hít phải.

4/ Tính chất dịch tễ và sức cảm thụ : Dịch quai bị này bệnh thường xẩy ra luôn hàng năm, căn bản ở những nơi đông đúc, thường gặp ở trẻ con, thanh niên, hay trung niên.

Dưới 3 tuổi và trên 40 tuổi, ít mắc hơn.

Bệnh quai bị gây miễn dịch đặc hiệu tương đối [illegible] khi tái phát.

II. TRIỆU CHỨNG.

A/ THỂ THÔNG THƯỜNG : Viêm tuyến nước bọt mang tai.

1/ Thời kỳ nung bệnh : 18 - 22 ngày hoàn toàn im lặng, nhưng từ ngày 11 - 15 đã có khả năng lây bệnh.

2/ Thời kỳ phát bệnh : 1 đến 2 ngày đầu, có triệu chứng: uể oải, sốt nhẹ, hơi đau ở phía tai. Sau đó, triệu chứng toàn thân tăng : Sốt 38 - 39°. Đau sau tai, nhất là khi nhai nuốt : nhức đầu nhiều, có khi làm bệnh nhân không ngủ được, mệt mỏi, đau rức cơ thể, bệnh nhân không muốn ăn, có khi lại buồn nôn.

Tại chỗ : vùng góc hàm bị sưng lên, da căng bóng nhưng không đỏ, không có hạch lâm ba kèm theo ở cổ. Nắn vùng đó sát mang tai căng. Có những điểm đau đặc biệt :

- Điểm trước tai.
- Điểm sau tai.
- Điểm góc hàm.

Trong miệng, niêm mạc toàn bộ đỏ hoặc chỉ xung quanh lỗ Sténon, viêm làm lỗ đỏ và lồi lên (triệu chứng Mourson).

Thông thường thì sưng cả 2 bên; có khi cùng 1 lúc, có khi bên trước, bên sau. Tuy vậy, cũng có trường-hợp quai bị chỉ sưng 1 bên, nhất là trong những vụ dịch.

B/ CÁC THỂ KHÁC.

1- Viêm cả 2 tuyến dưới hàm trông như người 2 cằm.

2- Viêm cả 2 tuyến dưới lưỡi, làm cho bệnh nhân nói khác tiếng.

3- Bộ phận sinh dục:

a) Viêm tinh hoàn : thường gặp ở tuổi dậy thì, nhất là ở những người khoẻ. Thường sau khi quai bị 3 đến 4 ngày. Thấy đau ở tinh hoàn kèm theo sốt tăng 39 - 40°. Bạch cầu tăng.

Tại chỗ : tinh hoàn sưng to, nóng, đỏ, da căng bóng, chạm vào rát, đau. Sưng to và đau khoảng 2 - 4 ngày. Sau viêm giảm dần và khỏi khoảng 7 ngày.

Khi tinh hoàn sưng thì triệu chứng sưng tuyến nước bọt giảm rất nhanh.

Tỷ lệ sưng 1 bên khoảng 70 % .

Viêm tinh hoàn có thể làm giảm tinh trùng, hoặc mất tinh trùng và teo tinh hoàn.

b) Viêm buồng trứng : hiếm hơn khi có biểu hiện đau bụng vùng buồng trứng; đau dữ dội, sốt cao, không ăn, ngủ được có khi nôn mửa. Diễn biến từ 2 đến 4 ngày; sau đó, giảm dần, từ 8 - 10 ngày.

c) Viêm vú : Vú sưng to, đau, sốt cao.

4- Viêm tụy tạng :

Thường vào ngày thứ 4è - 7è của bệnh. Tự nhiên, đau vùng thượng vị, nôn, mửa, ỉa lỏng.

Hoá nghiệm đường ở trong máu tăng, amylase tăng.

Viêm màng não thành dịch do quai bị.

III. BIẾN CHỨNG.

Rất hiếm. Viêm thận, viêm khớp, viêm tĩnh mạch.v.v... hoặc phối hợp với vi trùng bội nhiễm, gây : viêm tai, mũi, họng, viêm phổi ...

IV. CHẨN ĐOÁN.

1/ Chẩn đoán quyết định dựa vào :

a) Lâm sàng :

- 2 tuyến nước bọt sưng căng, to, đau.
- Triệu chứng Mourson (+).
- Diễn biến hết dần, không thành mủ.
- Bệnh nhân chưa bị quai bị bao giờ.
- Dịch tễ.

b) Xét nghiệm :

- Amylase trong máu và nước tiểu tăng.
- Thử nhận ứng kết hợp bổ thể dương tính.
- Trong dịch não tủy, albumin và tế bào tăng nhẹ.
- Bạch cầu trong máu giảm.

2/ Chẩn đoán phân biệt :

a- Viêm tuyến mang tai [illegible]:
vi trùng; thể [illegible] nước [illegible].
Triệu chứng viêm rõ rệt : sưng, nóng, đỏ, đau, tiến triển thành mủ, sốt cao. Bạch cầu tăng cao.

b- Viêm hạch : nếu có sưng hạch quanh tai thì có triệu chứng nhiễm trùng, nhiễm độc toàn thân nặng, hạch cứng chắc, có nhiều hạch lên ở cổ.

c- Răng : Viêm lợi, mọc răng khôn, khám đau nhiều ở lợi. Có thể thấy mủ ở chân răng (thường chỉ 1 bên).

d- Góc hàm bạnh : do xương hàm to, [illegible] góc hàm.

V. DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ.

1. Dự phòng : Cách ly 15 ngày.

2. Điều trị : Chưa có thuốc đặc trị.

Bệnh nhân nằm nghỉ trên giường hoàn toàn 7 ngày.

Chườm nóng nơi viêm, uống Aspirine ngày 2-4 viên. Cho các loại an thần nhẹ : Bromure de Na ngày 1-2 gr hoặc Luminal 0,05 ctgr - 0,10 ctgr. Súc miệng nước muối thường xuyên.

Ăn nhẹ : cháo, [illegible].

Đối với viêm tinh hoàn :

- Bắt buộc bệnh nhân nằm, ăn nhẹ, treo tinh hoàn. Chườm nóng (nếu sốt nhiều), chườm lạnh (nếu đau nhiều).
- Bôi thuốc mỡ có Belladone tại chỗ.
- Tiêm Novocaine tại chỗ (Novocaine 1%)
- Uống Diéthyl-Stilboestrol (hoặc Oestradiol) ngày 5 mg x 10 ngày liền.

563

C Ú M

Cúm là một bệnh truyền nhiễm lây bằng đường hô hấp, dịch lan tràn nhanh hơn so với các dịch khác.

Tuổi nào cũng có thể mắc. Tùy từng vụ dịch, tỷ lệ tử vong từ 1 - 7 ‰.

I. NGUYÊN NHÂN và DỊCH TỄ HỌC

1/ Do siêu vi trùng cúm

Có 3 chủng chính:
- A (A_1, A_2, v.v...)
- B
- C

Thường chủng A gây những vụ dịch lớn rộng khắp nhiều nước.

Siêu vi trùng gặp lạnh hoặc để vào dung dịch glycérine 50 % sống rất lâu.

Chết ở môi trường có formol, nóng 56° trong 1 giờ, tia cực tím làm chết nhanh chóng.

Ra ngoài, có thể [illegible] tồn tại được.

2/ Nguồn lây.

Nguồn lây chính là người [illegible] siêu vi trùng [illegible] cảm; bên cạnh đó nguồn bệnh [illegible] là những người mắc bệnh cúm nhẹ chỉ sổ mũi, nhức đầu [illegible] công tác như thường. Bệnh nhân có khả năng lây [illegible] 1 tuần.

3/ Đường lây (đường hô hấp)

Lây trực tiếp bằng nước bọt bắn ra từ mũi, miệng khi bệnh nhân nói, ho, hắt hơi và [illegible] người lành hít phải.

4/ Tính chất dịch tễ và sức cảm thụ

+ Bệnh có thể thành các đại dịch [illegible] nhanh, ngay lập tức [illegible] trong một thời gian ngắn có thể lan tràn [illegible] sang nước khác. [illegible] cũng bị.

Các dịch này [illegible] ảnh hưởng của [illegible] như mùa [illegible]

+ Bệnh có [illegible]

Trong một vụ dịch [illegible] mắc bệnh có miễn dịch [illegible] 1 năm, không có miễn dịch [illegible] với chủng cúm khác. [illegible]

564

II. TRIỆU CHỨNG.

A) Thể trung bình điển hình

1. Thời kỳ nung bệnh : từ I đến 3 ngày.

2. Thời kỳ phát bệnh : thời gian từ 2 đến 5 ngày, với các triệu chứng : sốt, đau nhức, tiết dịch đường thượng khí quản.

a) Sốt : sốt đột ngột, bắt đầu bằng cơn rét, nhiệt - độ lên 39-40° kèm theo mặt đỏ bừng, mắt đỏ có thể có nôn mửa, chảy máu cam, lưỡi bẩn, không biết đói.

b) Đau nhức : nhiều ở thắt lưng, gây tình trạng nhức mắt, ù tai, chóng mặt, mất ngủ. Đau khắp mình mẩy và khớp xương, làm cho bệnh nhân không muốn cất nhắc, thích nằm luôn.

c) Tiết dịch : Thông thường bao giờ cũng gặp, xuất hiện sau vài giờ hay vài ngày, sau khi lên cơn sốt, với các triệu-chứng chảy nước mũi, sụt sịt, hắt hơi, chảy nước mắt, ho khan tiếng khàn. Thăm niêm mạc họng đỏ, có khi còn ho ra đờm đặc, khám phổi có ran khô.

3. Thời kỳ lui bệnh.

Nhiệt độ nhanh chóng trở lại bình thường; nhiệt độ có thể xuống 1-2 ngày sau tăng lên một ít rồi xuống hẳn (V grippal). Tiết dịch giảm nhanh, nhưng các triệu chứng khác như kém ăn, kém ngủ và mệt thì kéo dài 1 vài tuần mới đỡ.

B) Các thể lâm sàng.

1. Thể nhẹ : Sốt ngắn, chỉ váng đầu, tiết dịch ít; sổ mũi, viêm họng nhẹ [illegible] là nguồn lây bệnh nguy hiểm.

2. Thể nặng, ác tính :

- Thể độc về phổi nhanh chóng đi đến phế viêm với những ổ rải rác, xung huyết phổi, phù phổi cấp với tình trạng nhiễm độc nhanh chóng gây tử vong.

- Thể độc về tim : Tim đập nhanh, yếu, ngoại tâm thu, huyết áp hạ. Trụy tim mạch.

- Thể độc về thần kinh : Bệnh nhân mê man, mặt biến sắc như chì, áp huyết cao, viêm màng não,

- Người già có thể gây xuất huyết dưới da, niêm mạc hay các phủ tạng.

III. BIẾN CHỨNG

Có rất nhiều biến chứng ở các phủ tạng. Chủ yếu gây biến chứng về hô hấp, tim mạch và thần kinh.

1/ Biến chứng hô hấp.

Thông thường hay gặp nhất và là nguyên nhân chính gây tử vong; biểu hiện từ thông thường đến hiếm, từ nhẹ đến nặng.

BÀI 5 — Bệnh Cúm [illegible]

- Xung huyết phổi, thể [illegible] : sốt tăng [illegible] khạc đờm đặc, đau tức ngực.
- Phế quản phế viêm : sốt [illegible] khó thở, có thể khỏi hoặc [illegible] tới tử vong.
- [illegible]

2/ Tim mạch :

Trụy tim mạch, viêm [illegible] tim mạch, [illegible] thể động - tĩnh - mạch.

3/ Thần kinh :

- Viêm màng não, [illegible] não [illegible].
- Viêm giây thần kinh.

IV. CHẨN ĐOÁN

1/ Chẩn đoán [illegible] :

a) Lâm sàng : [illegible] theo [illegible] mấy, khớp xương, [illegible] ; sốt trong vòng 2 đến 7 ngày [illegible].

b) Xét nghiệm :

- Bạch cầu [illegible] hoặc [illegible], lâm ba cầu tăng.
- Phản ứng kết hợp bổ thể với [illegible]
- Phản ứng [illegible]

c) Tính chất dịch tễ [illegible]

2- Chẩn đoán phân biệt :

- Viêm [illegible] (không [illegible]) rõ rệt.
- Phế viêm [illegible]
- Sốt rét.
- [illegible]

V. DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ

1/ Dự phòng :

a) Cách ly [illegible] bằng chlorine [illegible].

b) Đối với [illegible] : [illegible] cách ly [illegible].

c) Đối với [illegible] : [illegible] đeo mạng, hạn chế [illegible] công cộng. [illegible] ; nếu cần, [illegible]. Tổ chức tuyên truyền, giải thích, [illegible].

+ Bằng sinh [illegible] :

Tiêm hoặc [illegible]

566

+ Rượu tỏi uống : 2 củ tỏi ngâm trong 1/4 lít rượu, uống ngày 3 - 4 lần, mỗi lần 5 - 10 phân khối.

+ Nước tỏi nhỏ : 2/3 củ tỏi giã cho vào I lít nước đun sôi để nguội, lọc xong rồi nhỏ vào mũi mỗi ngày 3 - 4 lần.

2/ Điều trị.

a) Thuốc : Không có thuốc đặc trị. Cho các thuốc chữa triệu chứng, trợ tim, trợ lực, chống ho.

- Aspirine hay A.P.C (0,50), ngày uống 2 - 4 viên.
- Sirô ho : I ngày 20 cc
- Các loại sinh tố B1 và C.
- Trợ tim : các loại camphre.

b) Hộ lý : Cách ly tại buồng bệnh trong những ngày đầu, người có biến chứng nằm riêng. Giỏ mắt, mũi : Argyrol 1%, ngày 2 - 3 lần. Súc miệng Eau boratée hay nước muối 9 °/oo.

c) Ăn : ăn lỏng, ăn nhẹ trong mấy ngày đầu.

Nếu có cúm độc hoặc có các biến chứng khác như :

- Chảy máu cam hoặc chảy máu ruột : cho thêm sinh tố K ngày 1 - 2 ống (nếu trường hợp chảy máu nhiều, cho truyền máu cùng loại).

- Mê man, dẫy dụa : cho thuốc an thần : Bromure ngày 1 - 2 gam hoặc các loại barbiturique

- Phế viêm hoặc phế quản phế viêm : cho thêm các loại kháng sinh : Pénicilline và Streptomycine...

27-4-1963

Lê văn Sáng A1

567

BỆNH LEPTOSPIROSE
=:=:=:=:=:=:=:=

Bệnh Leptospirose được tìm ra từ năm 1914 do INADA và IDO ([illegible] bản) tìm thấy soắn trùng (spirocheta). Đặt tên là soắn trùng vàng da chẩy máu (Spirocheta - ictero - hemorragiae), tới năm 1918 đổi tên là LEPTOSPIRAE cho đỡ nhầm với các loại soắn trùng khác như giang mai, hồi qui.

Hiện nay trên các nước đều có bệnh này.

I.- ĐẶC ĐIỂM SOẮN TRÙNG NGUỒN BỆNH VÀ ĐƯỜNG LÂY.

- Soắn trùng Leptospirae hình [illegible] khánh có 20 soắn, 2 đầu có móc hình chữ C hay S, cử động rất nhanh, nuôi cấy rất khó, chết nhanh ở khí hậu nóng và khô, đến nay người ta đã tìm được 340 chủng Leptospirae như: L.icterohaemorragiae, [illegible] mannis, L. autumnalis, L.batavia, L.grippo - typhosa ....

- Leptospirae thường gây bệnh cho súc vật ở rừng, ở các loại có vú, nhất là loại gặm nhấm như chuột chù, gây bệnh cho súc vật ở nhà trâu, bò, lợn, chó, và gây bệnh thực nghiệm tốt nhất trên chuột lang, ở người gây tổn thương chính ở gan thận, đôi khi tim, màng não, thần kinh, máu.

- Leptospirae lây truyền sang người gián tiếp bằng nước: tưới ở ao sông ngòi, bùn lầy hầm mỏ, đồng ruộng, nuôi [illegible], vào người qua các nơi da sây sát, hay qua niêm mạc mắt, miệng - Ngày thứ 1 tới ngày thứ 6 trùng ở trong máu (thời gian này lấy máu cấy được).

- Ngày thứ 6 tới 12 là thời kỳ yên lặng, trùng nằm trong phủ tạng.

- Ngày 12 tới 20 trùng đào thải ra ngoài qua nước tiểu.

II.- LÂM SÀNG.

1/ Nung bệnh: thường từ 5 đến 7 ngày, ngắn 2, ngày dài 10 - 14 ngày.

2/ Bệnh phát: kéo dài từ 4 đến 6 ngày có các triệu chứng.

+ Sốt đột ngột thình lình cao 39° 1/2 - 40°, sốt bắt đầu với cơn rét run nôn ra mồ hôi, sốt 5 - 7 ngày liền.

+ Có hội chứng đau nhức như [illegible] nhức đầu có trường hợp phải ôm đầu kêu la, toàn thân người lừ mệt mỏi, đau mỏi, [illegible] cũng cử động đau nhiều nhất ở các cơ bắp chân, [illegible] lại càng đau.

+ Mặt đỏ có [illegible] - 100% trường hợp.

+ (Thân khí [illegible], [illegible] lần).

369

+ Thường có dấu hiệu màng não, có khi rõ về lâm sàng như nôn, mửa, rức đầu chói mắt, cứng cổ, buốt dây, xét nghiệm nước não tủy; albumine tăng ít (dưới 1gr) tế bào tăng ít (dưới 100) đa số là lympho .

+ Hiếm có herpes labiale ở góc mép và viêm họng.

+ Bạch cầu và công thức có thay đổi .

- Bạch cầu tăng cao trên 10.000 , bạch cầu đa nhân trung tính đã tăng tới 80 - 90% , tốc độ huyết trầm (V.S) tăng khá nhiều giờ đầu có thể từ 20 tới 60 .

Thời kỳ này có thể cấy tìm được trùng trong máu và dịch não tủy, gọi là thời kỳ nhiễm trùng và đau nhức bắp thịt.

3/ Toàn phát : thường vào ngày thứ 5 trở đi, nhiệt độ giảm xuống, triệu chứng đau nhức [illegible], màng não, tiêu hóa trở lại bình thường .

Đặc biệt thường có 2 hội chứng quan trọng xuất hiện do là thận gan .

Thận : lượng nước giải ít 1 - 2/3 , có bạch cầu, hồng cầu, tế bào thận chứng [illegible] thận có trường hợp bị [illegible] uree huyết trong máu tăng 0gr60 tới 6gr / 1 lít , có trường hợp 9gr , thường gặp 1gr5 - 3gr .

Gan : hoàng đản xuất hiện ở niêm mạc, ở da tăng nhanh trở thành màu vàng đỏ sẫm, vì tú kích thước của gan có [illegible] to .

- Sắc tố mật trong máu trong nước tiểu cao, trong nước tiểu cao, trong [illegible] nhiều sắc tố [illegible], có khi có [illegible] viêm gan, có triệu chứng chảy máu .

Máu : thiếu hồng cầu nhẹ do soắn trùng phá hoại .

Tới ngày thứ 12 có thể tìm thấy soắn trùng Leptospirose trong nước giải cuối là ngày không [illegible] xuất hiện cao độ .

4/ Bệnh lui : hội chứng về thận bớt trước, hội chứng về gan bớt sau, bệnh nhân [illegible] như được [illegible], nhưng toàn thân còn mệt mỏi, nhức đầu còn kéo lâu, đặc điểm của bệnh thường có người còn sốt tái phát 1,2 ngày từ ngày thứ 9 trở đi, khi sốt lại bệnh nhân có mệt hơn, nhưng bệnh không nặng thêm.

BIẾN CHỨNG

Chảy máu : như chảy máu cam, ho ra máu, đái ra máu, nôn ra máu, ỉa ra máu, phụ nữ băng huyết .

Viêm tim cấp tính : làm đấn cơ tim cấp tính .

Viêm giây rễ thần kinh : thương tổn dây mắt, chảy máu vàng mạc .

III.- CHẨN ĐOÁN.

1/ <u>Chẩn đoán đuờng tính</u>. sốt cao đột ngột, đỏ mặt, đau bắp thịt ;

- Yếu tố dịch tễ địa phuơng có soắn trùng Leptospirae.
- Xét nghiệm Bạch cầu tăng, [illegible] tăng, V[illegible] tăng, urée huyết tăng, Bạch cầu, Hồng cầu, albumine niệu tăng.
- Gan không có thay đổi gì về chức năng.

2/ <u>Chẩn đoán đặc hiệu :</u>

- Ngày thứ 1 tới ngày thứ 5 cấy máu, cấy n.ớc có thể thấy soắn trùng Leptospirae.

- Chẩn đoán phản ứng huyết thanh là "phản ứng ngưng kết và ly tan (Sero - reaction d' aglutination - lyse) của Martin và Petlit, lấy huyết thanh của bệnh nhân pha loãng thành nhiều hiệu giá cho tác dụng vào soắn trùng sẽ có phản ứng : nếu dương tính, có soắn trùng ấy ngưng, sau lại tan ra ; hiệu giá pha loãng từ .

1/100 - 1/200 .... 1/1600 ... 1/3200 .... có thể lên cao tới 1/51200

Dương tính yếu nhất	1/400
---- cao nhất	1/100.000 .

Trong bệnh này các chủng soắn trùng thường đồng ngưng kết, phải làm từ 3 tới 4 lần cách nhau từ 5 tới 7 ngày mới cho ta thấy rõ, chủng nào gây bệnh ví dụ :

	Lần 1	Lần 2	Lần 3
L. Autumnalis	1/12800	1/2.5600	1/25600
L. Grippotyphosa	1/12800	1/12800	1/6400 .

- Kháng thể tồn tại tới vài năm, khi mắc 1 bệnh truyền nhiễm khác như Cúm hiệu giá lại có thể cao nhưng sau 1 thời gian hiệu giá lại thấp.

IV.- DỰ PHÒNG.

1/ Tìm mọi cách giết chuột, giữ gìn kho lẫm, nhà cửa, lò sát sinh không có chuột.

2/ Khử trùng nuớc giải của người bệnh, người bị bệnh sau 6 tháng còn đái ra mầm bệnh.

3/ Điều tra dịch tễ phải chú ý tới tình hình bệnh tật, của súc vật địa phuơng nhất là chuột, lợn.

4/ Cấm bơi lội tắm rửa ở những nuớc nơi bị ô nhiễm.

V.- ĐIỀU TRỊ :

- Bệnh nhân sốt nhiều ngày (1-2 ngày) không có hồi chuyển tiện, [illegible] cho ăn nhẹ mấy hôm thì khỏi.

KHOA NỘI 5 . Bệnh Leptospirose .

- Thể trung bình có vàng da, có hội chứng gan, thận, dùng Penicilline điều trị liều cao, mạnh, sớm .

800.000 ---> 1.000.000 1 ngày x 8 --> 9 ngày

hay Terramycine 1gr5 1 ngày x 6 --> 10 ngày ,

Biomycine 1,5 .

Chữa các triệu chứng .

- Nặng đó có thể, [illegible]ối đường cho gan, giúp thận bài tiết .
- Trợ lực bằng các loại sinh tố B , C .
- Trợ gan Methionine, choline các loại thuốc có tính chất [illegible] .
- Trợ tim nhẹ
- An thần nhẹ, giảm đau .
- Ăn nhẹ bổ .

Trường hợp nặng có biến chứng chảy máu :

Truyền máu 200cc một ngày cách 1 ngày truyền 1 lần, tùy diễn biến về mức độ mà quyết định số lần truyền (chú ý nghiên cứu kỹ chế độ truyền máu trước khi dùng) ; có thể cho dùng Plasma khô hoặc tươi , Vitamine K tùy mức độ chảy máu nặng nhẹ cho dùng .

ປະເທດລາວ

...ພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປັຕ

...ະພາບ ວັດທະນາຖາວອນ

- - [illegible]ສຸກ - - - - - -

...ປະຈໍາກອງ - - - - -

...ຈ່າຍ ບໍລິໂພກ.

...ປະເພດ	ຈໍານວນເ...
	ລາບແຜ່ນ ໑໒.໕໐

- - ເດືອນ - - - - - ປີ 196 - - -

ຜູ້ ... ເຊັນ - ສ. ນຸດບັນຊີເຊັນ

- - - - - - - - - - - - - - -